POLIROM

Arreed Barabasz
John G. Watkins



TEHNICI DE HIPNOTERAPIE

Volum distins cu Arthur Shapiro Award (2005) pentru cea mai bună carte de hipnoză





PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE



PSIHOLOGIE CLINICĂ ŞI PSIHOTERAPIE

Colecţia *Psihologie clinică şi psihoterapie* este coordonată de Ion Dafinoiu.

Arreed Barabasz, John G. Watkins, *Hypnotherapeutic techniques* (2nd edition)

www.polirom.ro

Editura POLIROM
Iaşi, B-dul Carol I nr. 4; P.O. BOX 266, 700506
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33, O.P. 37;
P.O. BOX 1-728, 030174

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României:

BARABASZ, ARREED

Tehnici de hipnoterapie / Arreed Barabasz, John G. Watkins; trad. de Ana Zavate. – Iaşi : Polirom, 2011

Bibliogr.
Index
ISBN 978-973-46-1869-9

I. Watkins, John G.
II. Zavate, Ana (trad.)

159.961

Printed in ROMANIA

Arreed Barabasz
John G. Watkins



TEHNICI DE HIPNOTERAPIE

Traducere de Ana Zavate

POLIROM
2011

Arreed Barabasz este psiholog, profesor şi director al Laboratorului de Hipnoză al Washington State University, editor al *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*; a fost preşedinte al Society for Psychological Hypnosis, Division 30 of the American Psychological Association, şi al Society for Clinical and Experimental Hypnosis. De acelaşi autor: *New Techniques in Behavior Therapy and Hypnosis* (1977); *Clinical and Experimental Restricted Environmental Stimulation: New Developments and Perspectives* (volum coordonat împreună cu M. Barabasz) (1993); *Advanced Hypnotherapy: Hypnodynamic Techniques* (2007) (coautor împreună cu John G. Watkins).

John G. Watkins este profesor emerit de psihologie clinică la University of Montana, membru al comitetului de redacţie al *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. A fost preşedinte al Society for Psychological Hypnosis, Division 30 of the American Psychological Association, al Society for Clinical and Experimental Hypnosis şi al American Board of Psychological Hypnosis. De acelaşi autor: *Ego States: Theory and Therapy* (coautor împreună cu Helen H. Watkins) (1997); *Advanced Hypnotherapy: Hypnodynamic Techniques* (2007) (coautor împreună cu A. Barabasz).

Cuprins

Pentru Helen Hunt Watkins

Care, asemenea unui artist al armoniei, a ştiut cum să mânuiască ştiinţa practicii clinice pentru a face oamenii mai buni. Şi pentru colegii, studenţii şi pacienţii ei, care vor înţelege perfect acest mesaj scris de ea :

„Tot ceea ce am fost în timpul vieţii va dăinui în calitatea vieţii altor persoane pe care le-am influenţat semnificativ şi, astfel, renaştem iar şi iar".

Prefaţă

Spre deosebire de majoritatea celorlalte modalităţi de tratare şi adjuvante în terapie, hipnoza există de foarte multă vreme. În prezent, peste o jumătate de secol de ştiinţă a demonstrat că ea este una dintre cele mai versatile şi mai utile instrumente de îngrijire a sănătăţii fizice şi mentale. Hipnoza clinică este întemeiată pe o fundaţie enormă de activitate empirică atentă care îi dovedeşte eficacitatea într-o varietate de circumstanţe (pentru o trecere în revistă recentă, vezi Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena şi Patterson, 2000 ; Patterson şi Jensen, 2003). Franklin şi Lavoisier au descris această ştiinţă ca o „minunare disciplinată" în raportul comisiei regale despre mesmerism adresat regelui Franţei (Franklin *et al.*, 1784). Acest concept este la fel de relevant acum ca şi cu 220 de ani în urmă. Eficienţa hipnozei este recunoscută de Institutele Naţionale de Sănătate (*Journal of the American Medical Association*, 1996). American Medical Association a aprobat oficial în 1958 folosirea clinică a hipnozei, iar American Psychological Association (APA) a făcut acelaşi lucru în 1960. Cele două societăţi principale de hipnoză, Society for Clinical and Experimental Hypnosis şi American Society of Clinical Hypnosis, sunt membre atât ale American Association for the Advancement of Science, cât şi ale World Federation for Mental Health.

Un număr tot mai mare de studii riguros controlate arată că hipnoza nu este doar eficientă, ci şi superioară unei serii de proceduri standard de tratament. De exemplu, Lang şi colegii ei (2000 ; vezi şi Barabasz şi Barabasz, 2000) au descoperit că hipnoza are efecte semnificativ mai pronunţate în reducerea durerii şi anxietăţii în cazul procedurilor medicale invazive decât atenţia structurată sau chiar decât analgezicele intravenoase. Efectele nu se limitează la populaţia adultă. Într-o comparaţie între hipnoză şi distragere în cazul copiilor grav bolnavi supuşi unor proceduri medicale dureroase, Smith, Barabasz şi Barabasz (1996) au studiat un grup divers din punct de vedere etnic de copii suferind de cancer sau de boli ale sângelui. Au fost măsurate durerea şi anxietatea copiilor şi ale părinţilor lor, ca şi ale unor subiecţi independenţi. Spre deosebire de cei puţin hipnotizabili, copiii hipnotizabili (majoritatea) au manifestat o scădere semnificativă a scorurilor la durere, anxietate şi stres ca reacţie la hipnoză, metoda fiind superioară intervenţiilor standard pentru ameliorarea durerii. Poate că mai interesantă pentru majoritatea psihologilor practicieni este eficienţa hipnozei ca adjuvant

în psihoterapie. Watkins și Watkins (1997, pp. 162-194) au rezumat utilitatea terapiei stărilor eului și hipnoanalizei. S-a descoperit că ambele proceduri sunt, în general, superioare terapiilor psihodinamice. Cei care folosesc terapiile cognitiv-comportamentale vor fi, fără îndoială, impresionați de metaanaliza completă a hipnozei ca adjuvant (Kirsch, Montgomery și Sapirstein, 1995). Analiza a fost făcută pe 18 studii în care terapia cognitiv-comportamentală a fost comparată cu aceeași procedură, dar completată prin hipnoză. Rezultatele au indicat că adăugarea hipnozei a sporit substanțial efectul tratamentului, astfel încât un client obișnuit care a beneficiat de hipnoterapie cognitiv--comportamentală a manifestat o ameliorare mai accentuată decât cel puțin 70% dintre cei ce au primit tratament nonhipnotic. Rezultatele sunt cu atât mai frapante cu cât există puține diferențe procedurale între metoda hipnotică și cea nonhipnotică.

Hipnoza este eficientă din punctul de vedere al costurilor. Pe măsură ce costurile medicale continuă să crească, apar noi oportunități pentru cei cu pregătire în domeniul hipnozei. Până de curând, autorii multor raporturi au făcut doar aluzii la eficacitatea în materie de cost a intervențiilor de acest tip. Recent, un studiu important realizat de Harvard Medical School (Lang și Rosen, 2002) a ajuns la concluzii uimitoare pentru cei fără pregătire în domeniu. Costul mediu asociat sedării standard pentru o gamă de proceduri ambulatorii a fost de 638 de dolari, în comparație cu 300 de dolari pentru sedarea cu ajutorul hipnozei. Folosirea hipnozei a avut ca rezultat economisirea a 338 de dolari pe caz. S-a dovedit că hipnoza reduce timpul acordat pacientului tratat ambulatoriu, dar ea rămâne eficientă din punctul de vedere al costurilor chiar și dacă timpul petrecut cu pacientul ar crește cu până la 58 de minute. Se pot face doar speculații pe tema eficienței în materie de cost determinate de ameliorarea sporită cu ajutorul hipnozei – în medie 70% –, demonstrată de metaanaliza lui Kirsch și a colaboratorilor săi (1995) bazată pe terapiile cognitiv-comportamentale. Dar, similar descoperirilor lui Lang și Rosen (2002), Barabasz și Barabasz (2000) au demonstrat eficiența clinică semnificativ mai mare a reducerii timpului de tratament cu aproape 50% prin adăugarea hipnozei la intervențiile specifice prin biorezonanță.

Terapeuții care aplică abordări (cum ar fi psihanaliza) ce necesită mai multe ședințe pe săptămână de-a lungul câtorva luni sau chiar ani se confruntă cu o criză economică severă (Goldberg, 1996). Companiile de asigurări și alți terți plătitori pur și simplu nu finanțează astfel de tratamente îndelungate. Hipnoanaliza, bazată pe teoriile psihodinamice (Brown și Fromm, 1987; Lavoie, 1990; Watkins, 1992), reduce substanțial durata tratamentului, ajungând la 60-150 de ore. Nivele asemănătoare de eficiență sunt obținute folosind hipnoza în cadrul tratamentului hipnoanalitic structural și evolutiv al pacienților cu tulburări grave (Baker, 1990; Brown și Fromm, 1987; Copeland, 1986). Mai recent, Watkins și Watkins (1997, pp. 162-194) au demonstrat că terapia intensă a stărilor eului (o extensie a hipnoanalizei) ar putea oferi o abordare eficientă și chiar mai rapidă. Pe baza datelor

adunate în 15 ani, ei au conchis că terapia de doar 12 ore duce deseori la schimbări structurale permanente ale personalității, inclusiv la tratarea unor tulburări de care pacienții suferiseră toată viața.

Deși eficacitatea tratamentului și costurile reduse sunt principalele elemente luate în considerare, există încă un aspect care face ca studiul hipnozei să fie și mai important în acest moment. Statele Unite trec în prezent prin schimbări demografice fără precedent în istoria lor. În 1960, doar 16 milioane de americani nu aveau ascendență europeană. Astăzi, numărul este de peste 80 de milioane. Nici o națiune nu a mai trecut vreodată printr-o transformare atât de rapidă și de radicală. În SUA vin oameni din Asia, Africa și America Latină. Îmbrățișarea diversității culturale în Statele Unite a pus capăt „creuzetului", un concept făcut celebru de dramaturgul evreu rus Israel Zangwill în faimoasa lui piesă cu același nume, scrisă în 1908. Astăzi, în Statele Unite, diversitatea este mai mult o salată decât un creuzet creator de aculturație. Practic, toate modalitățile psihoterapeutice practicate astăzi în SUA, Canada, Europa, Australia și Noua Zeelandă provin din cultura occidentală. Spre deosebire de acestea, hipnoza are caracter multicultural, existând cercetări experimentale și clinice publicate în peste zece reviste științifice din toată lumea. Hipnoza este singura metodă terapeutică dezvoltată pe baza științei vestice care face posibil ca, de exemplu, un psiholog cu pregătire în domeniu să fie acceptat în același timp și de vindecătorii amerindieni, și de cei din culturile estice. Pe măsură ce posibilitățile de angajare pentru consilierii psihologici și pentru psihologii clinicieni continuă să se îndrepte spre contextele medicale spitalicești și ambulatorii, adaptabilitatea multiculturală devine deja tot mai importantă. A venit vremea să privim cu seriozitate integrarea hipnozei în programele de doctorat. Recunoscând această nevoie, APA Committee on Divisions of APA Relations a prevăzut o bursă specială pentru „integrarea pregătirii în domeniul hipnozei în programele doctorale" conduse de Divizia 30 a APA (Societatea pentru Hipnoză Psihologică), Divizia 45 (Multiculturală) și Divizia 17 (Consiliere Psihologică, 2002-2003).

Prezenta carte, dezvoltată pornind de la textul clasic al lui Watkins (1987), aduce la zi și extinde lucrarea anterioară. Este menită în special să vină în întâmpinarea nevoilor curente și viitoare ale programelor universitare de licență pentru pregătirea psihologilor și medicilor în domeniul hipnozei. Spre deosebire de multe alte modalități terapeutice, adesea încă este greu să te specializezi în hipnoterapie. Majoritatea facultăților de medicină de top au cursuri de hipnoză, dar facultățile de psihologie și consiliere psihologică au rămas în urmă, doar o mică parte oferind în mod regulat astfel de cursuri. Principalele societăți științifice din domeniu, Society for Clinical and Experimental Hypnosis, American Society of Clinical Hypnosis și Society of Psychological Hypnosis (Divizia 30 a APA), oferă workshopuri, de până la trei zile, în cadrul întâlnirilor anuale și în timpul anului în diverse centre din țară. Acestea sunt de obicei „cursuri condensate", în

cadrul cărora începătorul este introdus pentru foarte scurt timp într-un domeniu straniu și înșelător, care, de cele mai multe ori, este străin de experiența lui anterioară. Fascinantă, desigur, dar solicitantă pentru personalitate și mecanismele de apărare, incursiunea poate provoca anxietate. Un chirurg priceput, calm și stăpân pe sine în fața patologiei fizice observabile își poate folosi abilitățile foarte concentrat și în liniște. Totuși, aceeași persoană, confruntată cu evenimente aparent magice, pentru care i se pare că nu are nici o explicație rațională obiectivă și palpabilă, renunță și evită, de parcă i s-ar cere să stea într-o casă bântuită. În schimb, cercetătorul științific obiectiv care a avut de-a face cu comportamente concrete, observabile pe post de variabile și care poate urmări capriciile comportamentale cu ajutorul tiparelor complexe și al analizelor matematice, deseori vrea să ocolească o modalitate care se lasă formulată obiectiv doar cu mare dificultate și complexitate.

Dintre teoriile cognitive, sociocognitive sau comportamentale disponibile astăzi, nici una nu poate justifica în mod adecvat fenomenele ezoterice induse prin transa hipnotică. Există puțini instructori competenți în domeniu. Multe facultăți, precum și multe școli medicale încă nu au nici măcar un cadru didactic pregătit corespunzător pentru a preda regulat această disciplină. Mai mult, mulți medici și psihologi nu știu aproape nimic despre fenomenele hipnotice, ceea ce se manifestă prin suspiciune și neîncredere față de profesioniștii din domeniu. În pofida dovezilor științifice substanțiale ce susțin contrariul, unii psihologi confundă efectele hipnozei cu cele care pot fi obținute prin sugestie și cred în mod greșit că efectele ei asupra durerii se datorează doar simplelor sugestii de relaxare. Unii psihanaliști continuă să repete obiecții la adresa hipnoterapiei bazate pe poziții teoretice neverificate, exprimate de Freud și adepții săi acum aproape un secol. Prin urmare, nu e de mirare că atât de puțini profesioniști sunt calificați pentru a folosi hipnoza ca modalitate de tratament. Blocajul pare să fie faptul că abilitățile în domeniul hipnoterapiei sunt limitate la câțiva psihoterapeuți, spre deosebire de mulțimea de practicieni care stăpânesc alte abordări pentru tratarea tulburărilor mentale și fizice.

În lumina informațiilor menționate anterior și a recunoașterii hipnozei ca o modalitate științifică și de tratament legitimă de către American Association for the Advancement of Science și World Federation of Mental Health, ca și de American Medical Association și APA, e clar că hipnoza ar trebui predată în facultățile de medicină și de psihologie alături de alte metode de tratament acceptate. Chiar și în cazul programelor ce se limitează la tratamentele cognitiv-comportamentale, creșterea spectaculoasă a rezultatelor pozitive prin adăugarea hipnozei (Kirsch *et al.*, 1995) indică în mod clar faptul că formarea în domeniu ar trebui inclusă printre cursurile obișnuite.

În ciuda mulțimii de articole și lucrări de referință din domeniul hipnozei care sunt disponibile în prezent, nici una nu pare să fi fost concepută special ca un manual. Subiectele, deși deseori bine analizate, nu sunt organizate în

modul sistematic care ar fi de așteptat de la un manual de psihologie sau zoologie. Unitățile de studiu ar trebui delimitate luând în considerare cursurile tipice de trei-cinci credite ale unui semestru sau trimestru academic. Predarea și discuțiile trebuie să fie intercalate cu experiențe practice care îl inițiază treptat pe student în diversele fenomene hipnotice și tehnicile folosite. Prezentările trebuie organizate ierarhic, de la simplu la complex. Teoriile despre hipnoză, de multe ori prezentate cititorului într-un mod foarte aprofundat, ar trebui simplificate și legate în mod direct de experiențele hipnotice. Istoria disciplinei trebuie prezentată într-un fel care să îi permită neinițiatului să se identifice cu lupta și dificultățile cu care s-au confruntat pionierii când au cercetat aceste fenomene, creându-și propriile tehnici de tratament și făcând față opoziției ostile din partea colegilor. Pentru că, într-adevăr, istoria hipnozei este una care se repetă. Unul după altul, profesioniștii din domeniu au trecut prin aceleași etape succesive – scepticism, observație, convingere, zel excesiv, efort de a menține respectabilitatea științifică și probleme în a-și explica abordările în fața unor colegi sau a publicului. Istoria oricărei discipline – și în special a hipnozei – ar trebui prezentată în așa fel încât începătorul să se poată regăsi în evoluția sa, în eroii și inovatorii domeniului. În cadrul unei astfel de pregătiri, începătorul poate experimenta aceleași schimbări ale percepției și înțelegerii care au caracterizat cariera profesională a predecesorilor noștri. Studenții vor trece prin faza de uimire de la început, la fel cum s-a întâmplat și cu profesorul lor. Aceasta îi va atrage spre domeniu sau îi va speria și îi va alunga, în funcție de măsura în care inițierea este sistematică și avansează pas cu pas, permițându-le să stăpânească din punct de vedere cognitiv noile experiențe, să le integreze în trecutul lor profesional și să își dezvolte încrederea în abilitățile de inducție și terapie hipnotică. Astfel de abilități sunt esențiale și totuși prea des învățate superficial de cei implicați doar în cercetări universitare ale hipnozei.

Zeci de ani am predat hipnoza pentru sute de psihologi, medici, dentiști și psihiatri, ca și pentru alți psihoterapeuți. Câțiva dintre ei au devenit chiar pricepuți. Câteva zeci au ajuns distinși specialiști cu contribuții clinice sau experimentale în domeniu. Dar, din nefericire, mulți au plecat de la cursuri, de la workshopuri sau din institutele în care au fost instruiți, interesați și fascinați, promițându-și că vor învăța cu adevărat să folosească tehnicile, dar trezindu-se mulți ani mai târziu că utilizează doar proceduri nonhipnotice. Cumva, nu au reușit niciodată să își depășească primele anxietăți, blocaje personale și dificultăți în găsirea unui supervizor și a unui mentor.

Mulți dintre noi, cei care am lucrat ca profesori de hipnoză, ne întâlnim cu foști studenți care ne spun că le-a plăcut cursul, că au înțeles mai bine personalitățile clienților lor, că și-au îmbunătățit relațiile doctor-pacient și și-au făcut o idee mai clară asupra rolului factorilor psihogeni în cauzarea disfuncțiilor mentale și fizice. Totuși, ei afirmă: „Întotdeauna am vrut să practic hipnoza, dar niciodată nu m-am simțit chiar în largul meu cu ea".

Dacă un student nu a început să folosească hipnoza la o lună sau două după ce a urmat un curs, în cele mai multe cazuri nu o va mai folosi niciodată. Se pierd multe din predarea acestei modalităţi, pentru că doar o mică parte din cei care participă la workshopuri devin utilizatori activi ai hipnozei în terapie sau cercetători ai fenomenului.

Aici, la Washington State University of Pullman, valorând patru credite, cursul de hipnoză clinică şi experimentală a făcut parte în mod regulat, în ultimii 20, din formarea universitară a consilierilor psihologici. În anul 2000, a fost adăugat un curs avansat de hipnoză şi psihoterapie, oferit bianual. Studenţii înscrişi la programele de doctorat în consiliere psihologică acreditate de APA ale Washington State University pot începe să folosească hipnoza din anul doi de practică, în centrul de consultanţă al universităţii, unde aproape toate cadrele didactice care supervizează au experienţă şi pregătire în domeniul hipnozei. La University of Montana din Missoula, cursul de hipnoterapie a face parte în mod regulat din formarea în cadrul doctoratului prin programul de psihologie clinică acreditat de APA de peste 30 de ani. Predarea în cadrul ambelor programe implică demonstraţii în clasă care sunt integrate permanent cu cursuri şi discuţii. Sunt folosite mijloace audiovizuale. În pofida tuturor acestora, am descoperit că doar aproximativ o treime dintre studenţii noştri folosesc activ hipnoza în practica din anii doi şi trei. Studenţii au cerut insistent pregătire suplimentară supravegheată cu pacienţi reali şi, drept consecinţă, a fost înfiinţată o echipă de hipnoterapie avansată în cadrul Clinical Psyhology Centre de la University of Montana, pentru cei care au urmat cursul. La centrul de consultanţă al Washington State University este oferit, o dată la câţiva ani, un workshop pentru psihologii certificaţi. S-a descoperit că orele de curs iniţiale, oricât de bine organizate, pot să stimuleze apetitul profesional al practicienilor şi să genereze interes pentru cercetare în rândul multor studenţi. Dar, pentru ca aceşti studenţi să profite de pe urma seminarelor avansate, ei au nevoie de mult mai multă experienţă reală în folosirea hipnozei. În cadrul programelor noastre, studenţii sunt şi subiecţi, şi terapeuţi. Ei lucrează cu voluntari selectaţi, despre care se ştie că pot fi hipnotizaţi, studiază literatura de specialitate şi o leagă mai întâi de experienţele lor în hipnotizarea subiecţilor şi apoi de înţelegerea cazurilor clinice. Doar în felul acesta par să dobândească încrederea care le permite să folosească hipnoza în mod regulat ca metodă continuă din arsenalul lor terapeutic.

Luând în considerare toate aceste elemente, am tras concluzia că era necesar un manual care să abordeze în mod specific problemele predării şi învăţării, precum şi nevoile personale ale studenţilor care „se luptă" cu hipnoza ca modalitate nouă. Aşadar, această carte este concepută cu un accent pe profesor şi pe studenţii săi. Îşi propune să includă doar ceea ce poate fi învăţat într-un semestru. După ce studenţii vor stăpâni suficient acest text, le va fi mai uşor să se familiarizeze cu o gamă extinsă de tehnici, să cunoască numeroasele nuanţe ale controverselor teoretice şi fineţea în aplicarea abilităţilor de hipnotizare.

După însuşirea anumitor proceduri de bază, după ce s-au convins pe deplin de eficienţa potenţială a hipnozei în situaţii de tratament, ştiind că măcar o serie de probleme clinice întâlnite în cabinetele lor se pretează abordărilor hipnotice şi după ce reuşesc să stăpânească teama iniţială suficient ca să capete o oarecare încredere în abilităţile lor, clinicienii îşi pot continua dezvoltarea citind individual literatura de specialitate şi participând la întâlniri ştiinţifice şi workshopuri. Aşadar, această carte este menită să îi ajute pe studenţi să treacă peste obstacolele iniţiale şi să le ofere impulsul necesar pentru a-i transforma în practicieni funcţionali în domeniu. Ulterior, trebuie să îţi dezvolţi abilităţile dacă vrei să fii un artist, un maestru în domeniu, şi nu doar un practician amator.

Multe cărţi din domeniu sunt scrise din perspectiva încercării autorului de a-i transmite studentului din experienţa şi înţelepciunea lui – teoria educaţiei bazate pe ideea „ulciorul mare şi căniţele mici". Am scris şi noi până acum cărţi, capitole şi articole în domeniu care au fost prezentate din acest punct de vedere – al instructorului.

În lucrarea de faţă încercăm să îndeplinim sarcina puţin mai altfel. O teorie a relaţiei terapeutice prezentată într-un volum anterior (Watkins, 1978) a identificat două perspective din care putem privi altă persoană : cea obiectivă şi cea rezonantă. Când suntem obiectivi, observăm acţiunile unui pacient din afară, ca şi cum ne-am uita prin microscop la un specimen. Celălalt este un „el", nu noi înşine, iar responsabilitatea noastră pentru acţiunile „lui" e minimă. Dar, dacă ne identificăm temporar cu celălalt, percepem lumea prin ochii lui – ne vedem chiar şi pe noi înşine, aşa cum ne-ar vedea el –, atunci rezonăm.

Acest lucru ar putea fi considerat un pas mare dincolo de empatie, dar cu siguranţă în aceeaşi direcţie cu ea. Rezonanţa este procesul prin care individul (terapeutul) încearcă să creeze în interiorul lui o replică a lumii experienţiale a altuia. Abordează o problemă din perspectiva interioară a celuilalt, nu din cea proprie. Practica rezonanţei poate fi la fel de valoroasă în domeniul educaţiei pe cât este în terapie. Profesorul ale cărui prezentări sunt concepute din perspectiva studentului ce se străduie să stăpânească materialul ar trebui să fie mai eficient decât cel care „împarte câte puţin" şi lasă în seama studentului sarcina aprofundării. Atât cât este posibil, vom încerca să încorporăm punctul de vedere rezonant în scrierea acestei cărţi. Aceasta înseamnă că, atunci când vom concepe fiecare unitate, vom încerca să nu gândim „Ce vrem să le spunem studenţilor ? Ce ar trebui ei să înveţe ? ", ci ne vom strădui să ne punem mereu întrebarea : „Dacă aş fi începător, ce aş vrea să ştiu, de ce ajutor aş avea nevoie pentru a controla atât propriile nesiguranţe cu privire la această nouă modalitate, cât şi tehnicile necesare pentru a o folosi cu pricepere ? ". Oricând va fi posibil, vom adopta punctul de vedere al studentului şi vom scrie materialul în consecinţă. Pentru a ne ajuta să ne asumăm această perspectivă, Ciara Clear Christensen, o studentă fără cunoştinţe de hipnoză la începutul pregătirii acestui volum, a citit şi a

discutat fiecare capitol cu primul autor, pe măsură ce textul era scris. A pus întrebări cum ar fi: „Sună grozav, dar ce înseamnă?" sau „De ce să formulezi aşa?". Îi datorăm multă recunoştinţă pentru dedicaţia sa şi pentru weekendurile în care a scris ore nesfârşite după dictare, a citit, a verificat şi ne-a fost subiect pentru fotografiile din acest volum.

La capitolul despre hipnoză şi performanţa sportivă a contribuit şi Erik Dunlap, un doctorand al lui Arreed Barabasz, care ne-a împărtăşit din experienţa lui de fost înaintaş al echipei de fotbal a Duke University.

Teoriile celui de-al doilea autor despre psihoterapie (Watkins, 1963, 1967, 1978; Watkins şi Watkins, 1982, 1997) au subliniat echilibrul dintre obiectivitate şi rezonanţă. Terapia este doar o formă de educare sau reeducare, deseori la nivel inconştient. Dar un bun terapeut este şi un bun profesor. Iată că nu încercăm să tratăm problemele unui student, ci ne străduim să inculcăm tehnici, maniere şi abordări eficiente în situaţii de tratament.

Dacă această abordare poate fi eficientă în predarea hipnoterapiei, atunci poate că vor apărea rezultate benefice. Învăţăm prin imitare. Aceia dintre noi care sunt psihoterapeuţi imită deseori maniere sau abilităţi ale maestrului, profesorului sau analistului cu care au studiat. În acelaşi fel relaţionează supraveghetorul cu studenţii săi, iar aceştia, la rândul lor, cu propriii studenţi – pacienţii lor. Manierele sunt contagioase, aşa că, poate, metoda de prezentare a materialului nostru se va dovedi benefică, mai întâi obiectiv, studentul învăţând, exersând şi ajungând să stăpânească abilităţile necesare, şi, în al doilea rând, prin intermediul rezonanţei, el încorporând unele dintre manierele indirecte de provocare a fenomenelor hipnozei, cu şi fără o inducţie formală, folosirea sugestiilor hipnotice şi interpretarea ce poate fi transmisă prin cuvântul scris şi vorbit. Credem că, deşi utilizarea hipnozei în terapie poate fi învăţată ca o ştiinţă, ea este practicată ca o artă.

Fiecare disciplină bazată pe ştiinţă îşi are propriul limbaj unic. Psihanaliştii vorbesc „psihanaleza". Cei care se ocupă cu modificarea comportamentelor scriu în „comportamentaleză", iar specialiştii în terapie cognitivă reîncadrează la nesfârşit. Fără intenţia de a-i jigni pe psihologi, pe psihiatri sau alte categorii profesionale, vom folosi în această carte o terminologie clară şi simplă. Când folosim termeni tehnici sau de specialitate, nu presupunem că studentul îi cunoaşte deja. Deoarece medicul, psihiatrul, psihologul, psihanalistul şi dentistul au fiecare un vocabular unic, încercăm să îl prezentăm aici în cuvinte uşor de înţeles pentru majoritatea absolvenţilor. Explicăm şi ilustrăm termenii de specialitate. Repetiţia nu îl va deranja pe cititorul sofisticat; lipsa explicaţiilor l-ar putea lăsa confuz pe specialistul în altă disciplină.

Explicaţiile ar trebui să fie concrete, ilustraţiile şi studiile de caz, numeroase, iar formulările specifice prezentate. De exemplu, de câte ori n-aţi citit o prezentare bună a unui caz psihanalitic în care s-a făcut următoarea afirmaţie: „În acest punct, i-am interpretat transferul afectiv negativ"? Şi de câte ori nu v-aţi întrebat: „Da, ai făcut asta. Dar ce ai spus de fapt?

Mai exact, care au fost cuvintele pe care le-ai folosit și de ce le-ai ales tocmai pe acelea? De ce ai hotărât să interpretezi transferul afectiv negativ în acel moment? Ce reacții specifice a avut pacientul tău la interpretarea ta – în următoarele lui remarci, în comportamentul din restul ședinței, în orele și zilele care au urmat?". Afirmația „în acest punct i-am interpretat transferul afectiv negativ" poate că l-a satisfăcut pe autor. E obiectivă, dar nu și rezonantă, pentru că nu satisface nevoile de înțelegere ale studentului. Nu răspunde întrebărilor din mintea cititorului și nu dezvoltă învățarea astfel încât el să știe exact cum să interpreteze transferul afectiv negativ al unui pacient, atunci când este nevoie. De aceea cartea de față este concepută cât mai concret și mai specific. Folosim fotografii și diagrame și menționăm exemple audiovizuale care pot fi accesate, pentru că ele pot fi de ajutor și procesul de învățare. Întrebările de studiu și exercițiile practice sunt concepute pentru a dezvolta etapele învățării, a maximiza reținerea cunoștințelor faptice și a dobândi abilități tehnice. Pe cât este posibil, prezentăm *in extenso* tehnici de inducție și cazuri însoțite de note explicative.

Hipnoterapia trebuie învățată și practicată ca o disciplină cu sens, nu ca o colecție de date științifice sau ca o carte de bucate cu rețete pentru gestionarea diverselor probleme clinice. Elementele nu trebuie învățate izolat unele de celelalte, ci integrate într-un întreg al înțelegerii care ar trebui să se nască în interiorul studentului. La fel ca în cazul altor discipline profesionale de tratament, hipnoterapeutul ar trebui să devină clinician, nu tehnician.

De obicei, studiul hipnozei îl ajută pe clinician să devină un psiholog sau un medic mai bun și îl transformă într-un student care înțelege mai bine natura umană. Poate că în nici o altă știință comportamentală nu se vede mai bine interacțiunea dintre cauza și efectul psihologice decât în mișcările psihodinamice relevate de hipnoză. Oricât de sceptic ar fi cineva cu privire la realitatea proceselor inconștiente, nici o altă experiență, în afara celei a unei psihanalize intense, nu este la fel de convingătoare în ceea ce privește autenticitatea interacțiunilor ascunse din psihicul uman.

Orientarea acestui tratat este psihodinamică și eclectică. Adică este psihanalitică în măsura în care acceptă existența comportamentului inconștient, consideră că el este mediat prin mecanisme psihodinamice (cum ar fi proiecția, identificarea, deplasarea, raționalizarea etc.) și abordează perspectiva conform căreia aceste interacțiuni joacă roluri semnificative în etiologia simptomelor patologice și a comportamentului neadaptat. Totuși, pentru că multe contribuții la tratamentul problemelor clinice au provenit din cercetările recente ale cognitiv-comportamentaliștilor și au fost incluse în tehnologia acestui tip de terapie, această lucrare este și eclectică. Părerea noastră este că unele probleme clinice sunt abordate mai adecvat și mai eficient din punct de vedere psihanalitic, în timp ce altele – din perspectiva terapiei comportamentale sau cognitiv-comportamentale. Mai mult, scopurile semnificative pe termen lung urmărite de terapia umanist-existențială, cum ar fi dezvoltarea însemnătății, autenticității și spontaneității sinelui, sunt deseori

necesare dacă vrem să le oferim multora dintre pacienţii noştri şi altceva în afara unei alinări temporare.

Evident, această carte nu este concepută să fie „puristă". În schimb, face referire la mai multe concepte teoretice alternative şi abilităţi care, practicate în interiorul modalităţii hipnotice, promit eficacitate terapeutică maximă. Includem informaţii referitoare la principalele societăţi ştiinţifice şi afilierea la ele. Aceasta este cheia pentru dezvoltarea continuă a unui individ ca medic clinician ce foloseşte hipnoza în practică sau cercetare. Ele furnizează educare continuă pentru începătorii sau experţii în domeniu. Sunt societăţi naţionale şi internaţionale legitime, preocupate de cercetarea şi punerea în practică a hipnozei, cu regulamente etice care să guverneze folosirea acesteia. Din păcate, alte organizaţii, cu standarde profesionale şi etice mai scăzute, îi atrag pe cei ale căror nevoi de putere şi exhibiţionism depăşesc responsabilitatea profesională pentru ameliorarea bolilor omeneşti.

Conţinutul acestui volum este suficient pentru un curs de un semestru la o facultate sau şcoală medicală sau pentru un atelier introductiv intensiv. Prezintă o istorie a hipnozei, fenomenele acesteia, teorii în domeniu, teste de hipnotizabilitate şi, cel mai important, detalii privind inducţiile hipnotice şi tehnicile de adâncire. Pe tot parcursul lucrării, intenţionăm să le permitem studenţilor să înveţe cum să inducă hipnoza adevărată subiecţilor cu care lucrează pentru a obţine reacţii care pot merge dincolo de efectele relativ slabe ce pot fi obţinute prin jocul de rol, aşteptare, context sau sugestie fără o adevărată stare de hipnoză. Studenţii vor învăţa tehnici puternice, care îngăduie utilizarea hipnozei pentru a merge dincolo de efectele influenţei sociale. Studii experimentale recente şi riguros controlate ne arată că hipnoza este, în mod clar, mult mai mult decât influenţă socială sau un simplu răspuns la sugestie. Totuşi, acest text recunoaşte că folosirea metodei în tratarea pacienţilor probabil va implica mereu o interacţiune complexă a stărilor de transă induse realmente şi a factorilor sociocognitivi. Ne bazăm pe ambele domenii pentru a maximiza capacitatea participantului de a obţine o stare hipnotică adevărată ce poate fi dovedită de substraturile neurale.

La nivel mondial, numărul de studii clinice şi experimentale ale hipnozei publicate în prezent a crescut exponenţial. Aşadar, bibliografia inclusă nu poate fi în nici un caz exhaustivă. Nici nu se intenţionează asta. Multe cărţi şi articole excelente trebuie, de nevoie, excluse. Totuşi, am încercat să facem referire la multe dintre cele mai semnificative lucrări, iar studentul serios va dori să citească mai multe din această vastă literatură.

Pentru cititorii care abia încep să afle câte ceva despre hipnoza clinică, bine aţi venit la bord şi călătorie plăcută. Garantăm o experienţă incitantă şi provocatoare. Pentru aceia dintre voi care lucrează deja în domeniu, ştiţi ce vrem să spunem când vorbim despre fascinaţia aprofundării misterelor experienţelor psihologice şi fizice ale omului.

Există o distanță de o generație între noi, autorii acestui tratat. Totuşi, nu ne-a mirat pe nici unul faptul că, pe când eram copii, am fost amândoi încântați de poveştile cu exploratori. În adolescența timpurie, amândoi am avut contribuții ştiințifice. Observațiile primului autor despre aurora boreală au fost acceptate ca parte a extensiei International Geophysical Year Studies, în timp ce observațiile celui de-al doilea autor cu privire la stelele variabile au fost acceptate de Society for the Study of Variable Stars. Din păcate, amândoi am cugetat cu tristețe la faptul că, probabil, nu vom avea privilegiul de a păşi pe suprafața lunii sau de a privi pe un hublou în timp ce, sub noi, se iveşte solul unei planete. Dar, pe măsură ce acest volum te învață cum să foloseşti hipnoza, poate că şi tu, ca mulți dintre noi, cei care am început studiul ei înaintea ta, vei trăi acelaşi sentiment incitant de mirare în timp ce vezi uimitoarele fenomene pe care le relevă încontinuu în „spațiul interior", universul comportamentului şi in experiențele care alcătuiesc „sinele" fiecărei persoane. Bucură-te de aventura şi resursele pe care hipnoza adevărată, ca nici o altă modalitate, le oferă pacienților şi participanților la cercetările tale.

A.F.B. şi J.G.W.

CAPITOLUL 1

Istoria hipnozei şi relevanţa ei pentru psihoterapia actuală

Probabil cea mai veche descriere a unei hipnoanestezii este consemnată în Facerea 2.21-22 : „Atunci a adus Domnul Dumnezeu asupra lui Adam somn greu ; şi, dacă a dormit, a luat una din coastele lui şi a plinit locul ei cu carne. Iar coasta luată din Adam a făcut-o Domnul Dumnezeu femeie şi a adus-o lui Adam"*.

Acum, încearcă să îţi imaginezi că tu, ca doctor care ţi-ai dedicat viaţa studiului bolilor omeneşti, ai descoperit o nouă sursă de vindecare absolut grozavă. Printr-un noroc, ai dat peste o nouă abordare ce pare să aibă rezultate miraculoase în alinarea durerii şi vindecarea multor afecţiuni care au rezistat eforturilor făcute de cei mai distinşi doctori din ţara ta. Ai văzut sute de suferinzi scăpând de dureri, aruncându-şi cârjele şi reluându-şi viaţa obişnuită după ce au fost invalizi ani de zile. Asupra acestor efecte ale noii tale tehnici nu poate încăpea nici o îndoială.

În plus, pentru a explica această forţă terapeutică, ai dezvoltat o teorie care se leagă de ceea ce se ştie, din punct de vedere ştiinţific, despre acţiunea legilor naturale. Sala ta de aşteptare este ticsită cu pacienţi veniţi de pretutindeni. Reputaţia ta de mare vindecător se răspândeşte în tot ţinutul. Un singur nor îţi umbreşte satisfacţia : colegii tăi refuză să te asculte, să îţi afle procedurile şi să le verifice pe propriii pacienţi. Cum te-ai simţi ? Ce ai face ?

---

* Pentru citatele şi referirile biblice s-a folosit *Biblia* sau *Sfânta Scriptură*, 1988, editată de Institutul Biblic şi de Misiune al Bisericii Ortodoxe Române, sub îndrumarea Patriarhului, Prea Fericitul Părinte Teoctist (n.t.).

Poate în nerăbdarea ta de a împărtăşi restului lumii această uriaşă descoperire şi de a fi recunoscut din punct de vedere ştiinţific pentru contribuţia ta, ai primi cu bucurie o examinare oficială. Ai accepta să vină câţiva membri foarte respectaţi ai lumii medicale şi ştiinţifice, să-ţi cerceteze practicile şi să-ţi vadă reuşitele terapeutice cu ochii lor. O să le dispară scepticismul. Le vor putea prezenta colegilor tăi şi tuturor celorlalţi adevărul despre marea ta descoperire. Să presupunem că, în sfârşit, guvernul numeşte o astfel de comisie, compusă din câteva dintre cele mai respectate nume ale ştiinţei. Grupul acesta îţi vizitează cabinetul. Îţi studiază graficele, îţi urmăreşte procedurile terapeutice şi îţi chestionează pacienţii. Acum, cu siguranţă o să fii reabilitat. Îndelung aşteptatul lor raport este, în sfârşit, publicat. Eşti distrus. Ţi-au ignorat exemplele concrete de vindecări. Au acordat foarte puţină atenţie relatărilor făcute de numeroşii tăi pacienţi care s-au vindecat. Doar au criticat teoria prin care ai încercat să îţi explici succesele terapeutice şi apoi au spus că orice rezultate raportate se datorează probabil „imaginaţiei". Cum te-ai simţi acum? Ai putea continua să fii dispreţuit de colegi şi pacienţi deopotrivă? Sau, asemenea lui Franz Anton Mesmer, ai părăsi ţara în dizgraţie, copleşit de ruşine şi amărăciune?

Descoperirile lui Mesmer

Mesmer, născut în 1734, a obţinut un titlu în medicină în 1766. În ton cu moda vremii, teza lui de doctorat, *De Planetarum Influsu*, a încercat să lege schimbările din activitatea umană de gravitaţie şi de alte forţe din universul înconjurător. La urma urmei, dacă poziţia lunii poate să mişte oceanele lumii, aceste forţe influente nu ar avea, de asemenea, un impact însemnat asupra funcţionării organismelor vii, în special a celor omeneşti?

Mesmer a fost un om genial, cu o imaginaţie uriaşă. Interesele sale erau cu adevărat largi. El însuşi muzician, a fost prieten cu Mozart, Gluck şi Haydn. Viena acelor zile era un oraş în care artele înfloreau la fel de mult ca ştiinţele. Dar Mesmer era de asemenea om de ştiinţă şi medic, iar pentru asta a fost numit membru al Academiei Bavareze de Ştiinţe.

Mijlocul secolului al XVIII-lea era o perioadă de mare fierbere. Elanul pentru noi progrese, care cu două secole în urmă, în timpul

Renaşterii, slăbise strânsoarea îngheţată a Evului Mediu şi stimulase o nouă înflorire a tuturor artelor, în special în Italia, acum trecea în sfera ştiinţelor naturale. Newton, Galileo, Copernic, Kepler *et al.* făcuseră descoperiri ştiinţifice însemnate pentru înţelegerea Universului şi a legilor sale. Erau descoperite gravitaţia, reacţiile chimice, electricitatea şi magnetismul, forţe naturale puternice, energii care, în curând, aveau să fie folosite şi să crească enorm standardul de viaţă al omului. Occidentul era în pragul unei revoluţii industriale. Şi, apropo de revoluţie, forţe sociale explozive erau active şi urmau să treacă, asemenea unui tăvălug, peste Statele Unite şi Europa. Monarhiile se clătinau în faţa protestelor în creştere ale numeroşilor oameni de rând care îşi cereau drepturile la libertate, egalitate şi fraternitate.

Într-o astfel de lume a învăţat Mesmer, de la astronomul regal din Viena, un preot pe nume Maximilian Hell, principiul magnetului. Dacă cineva ţinea o bucată de metal magnetizat în faţa ochilor unei persoane, aceasta încremenea. Mişcându-se şi acţionând ca şi cum s-ar afla pe un alt tărâm, subiectul era, în mod special, sensibil la sugestii de vindecare, ce îi puteau fi transmise în acele momente. Durerile puteau fi făcute să dispară. Multe alte suferinţe ar putea fi şi ele alungate sub vraja magnetului.

Cu toate acestea, curând, Mesmer a făcut o descoperire care l-a intrigat foarte mult. Un preot pe nume Gassner practica o formă de vindecare foarte asemănătoare cu magnetismul, care implica pase cu mâinile, fără a folosi magneţi. Mesmer a urmărit munca părintelui Gassner şi a descoperit că şi el putea obţine aceleaşi rezultate doar ducându-şi mâinile în apropierea pacienţilor săi, chiar fără să ţină o bucată de metal magnetizat. Cum se putea una ca asta? Fusese stabilit că un magnet are în jurul lui un câmp care influenţează alte bucăţi de metal, iar când era ţinut aproape de pacienţi era evident că îi influenţa şi pe ei, pentru că durerea sau alte simptome dispăreau. Trebuia să fie ceva din aceeaşi energie şi în mâna doctorului. Aşadar, această uriaşă putere de vindecare părea să nu fie limitată la metale; putea fi găsită şi în ţesuturile corpului. Astfel, Mesmer a născocit termenul „magnetism animal", care reprezenta forţa universală ce ar putea explica vindecarea obţinută prin „aşezarea mâinilor".

Era normal, firesc, ca un gânditor strălucit cu mintea iscoditoare a lui Mesmer să ajungă la o asemenea explicaţie. Cu toate acestea, vedem aici un exemplu a ceea ce s-a întâmplat de multe ori în ştiinţă –

unde, printr-un raționament greșit, este formulată o teorie eronată, deși bazată pe date aparent întemeiate, provenite din observație. Prin urmare, Mesmer și-a întemeiat metodele clinice pe un concept care, câțiva ani mai târziu, a fost invalidat de către oameni de știință care au fost mai atenți și mai riguroși în controalele lor experimentale.

Mesmer nu a fost ultimul care a susținut teoria unei energii fluide, magnetice, pentru a explica efectele vindecătoare. Un secol și jumătate mai târziu, un strălucit și creativ psihanalist, Wilhelm Reich (1945), a formulat teorii despre conceptul de „orgon", o energie a vieții care poate fi concentrată într-o cutie și focalizată înapoi spre corpul uman, cu rezultate vindecătoare. Și el și-a tratat pacienții conform teoriei sale și a fost închis pentru că a refuzat să se supună unei ordonanțe de sistare date de Federal Food and Drug Administration* în Statele Unite. A murit în închisoare, dar poate că ideea lui nu a fost abandonată definitiv nici măcar acum. Fotografii „Kirlian" recente (Krippner și Rubin, 1973) au arătat că există o „aură" de radiații în jurul țesutului vegetal și animal și că schimbările ei sunt corelate cu efecte vindecătoare. Poate totuși Mesmer și Reich nu greșeau în totalitate.

Controversatul caz al lui Mesmer despre vederea „redată"

Maria Theresa Paradis, o tânără cântăreață și pianistă, era oarbă de la vârsta de 3 ani. Cei mai buni medici nu reușiseră să îi redea vederea. A fost adusă la Mesmer, care a manifestat un puternic interes pentru cazul ei. Cu consimțământul părinților fetei, a luat-o la el acasă și a tratat-o. Deși numeroși doctori de seamă îi diagnosticaseră boala ca fiind datorată distrugerii nervului optic, existau dovezi semnificative că orbirea putea fi de natură isterică.

Maria cântase în fața împărătesei Maria Theresa care, fiind plăcut impresionată de fată, îi finanțase educația și le oferise părinților ei o pensie. La început, tratamentul părea să aibă succes și, aparent, fata putea să vadă din nou. Totuși, cazul a produs consternare în conservatoarea lume medicală din Viena. Dacă Mesmer avea într-adevăr asemenea puteri, ceilalți doctori își puteau pierde pacienții în favoarea lui.

---

* Administrația Federală pentru Alimente și Medicamente (n.t.).

Mai mulţi medici influenţi au reuşit să-i convingă pe părinţii Mariei că vindecarea ei nu e autentică şi au sugerat că dacă ea nu mai e considerată oarbă, părinţii şi-ar putea pierde pensia. Drept urmare, a fost luată de către părinţi din grija lui Mesmer şi s-a întors acasă, unde boala i-a revenit.

Este o întâmplare din trecut care se repetă frecvent şi în ziua de azi, una pe care societatea preferă să o ignore, dar care complică enorm sarcina celor care practică artele vindecării, şi anume încercarea de a trata un pacient care are mai mult de câştigat dacă rămâne bolnav. Ample procese de malpraxis sunt câştigate; compensaţii pentru muncitori, plăţi pentru dizabilităţi şi pensii pentru veteranii cu tulburări nervoase le sunt acordate celor care pot să dovedească şi să păstreze cu succes simptome rezistente la tratament, fizic sau psihic. Spre marea lui supărare, Mesmer a aflat despre câştiguri suplimentare şi alte motivaţii în menţinerea bolii cu mult înainte ca aceşti factori să fie cercetaţi de către oamenii de ştiinţă – medici psihologi. Cazul acesta ne avertizează şi că prima întrebare din terapie nu este cum ar trebui să tratăm pacientul, ci dacă pacientul ar trebui tratat.

Fascinanta teorie a lui Mesmer despre boală

Mesmer a susţinut că, deoarece corpul uman este compus din aceleaşi elemente care alcătuiesc Universul, el ar trebui să se supună aceloraşi legi care guvernează alte bucăţi de materie, inclusiv planetele. Şi trupul ar trebui să fie influenţat de lumină, căldură, electricitate, schimbări ale gravitaţiei şi chiar de spaţiul ceresc. El credea că cele două jumătăţi ale corpului omenesc acţionau în relaţie una cu cealaltă, ca doi poli ai unui magnet; şi că procesele fiziologice erau întrerupte când exista o lipsă de armonie din cauza distribuţiei improprii a magnetismului.

Magnetismul animal era văzut ca un fel de fluid care putea penetra orice materie, putea fi concentrat şi reflectat şi care putea fi plasat de către voinţa umană în diferite părţi ale trupului. Mesmer credea că poate direcţiona acest fluid magnetic prin intermediul prezenţei sale, prin pase cu mâinile, fluturarea unei vergele metalice şi prin contactul cu *baquet**.

---

* Termenul francez pentru *hârdău* (n.t.).

Baquet era un hârdău încăpător din lemn, cu o înălțime de cca 30 cm, pe care îl construise în clinica sa. Era umplut cu bucăți de metal, sticle aranjate sistematic în inele concentrice, cioburi de sticlă și apă. Era îndeajuns de mare încât să le permită câtorva pacienți să stea în jurul lui. Din capacul lui de sus ieșeau mai multe vergele din fier. Acest hârdău se presupunea că va concentra magnetismul (ca un soi de ciclotron al secolului al XVIII-lea) care putea fi apoi transferat de către pacienți spre membrele suferinde prin frecarea acestora de vergele. Fiind muzician (și întrucâtva un om al spectacolului, fără îndoială), Mesmer considera că experiența era amplificată dacă încăperea pentru tratament era întunecată și se auzea muzică în timp ce el, într-o robă purpurie cu falduri, trecea printre pacienți, frecându-le trupurile din când în când cu vergeaua lui de metal.

Pentru că era de așteptat ca pacienții să intre în crize (accese de isterie) când concentrația de „magnetism" devenea suficient de mare, nu e surprinzător că de multe ori câte unul avea un „atac", impresionându-i astfel pe ceilalți cu privire la puterea tratamentului. Când numărul de pacienți care îi cereau ajutorul lui Mesmer a depășit capacitatea clinicii sale, el a magnetizat un copac dintr-un parc din apropiere, trecându-și ușor palma peste el. Oamenii puteau apoi să stea în jurul lui, scăldându-se în „magnetismul" acestuia și ocazional intrând în crize.

În ciuda acestei prostii aparente, Gravitz (2004), ca un remarcabil istoric al hipnozei, ne-a atenționat asupra faptului că Mesmer recunoștea și că propria lui credință în magnetismul animal era un element crucial și c' acesta „trebuie să fie transmis, mai întâi, prin sentiment" (Mesmer, 1781, p. 25). Prin urmare, la un anumit nivel, Mesmer înțelegea cât de critice sunt aspectele despre care vorbim când subliniem importanța rezonanței ca element-cheie care ne ajută să creăm starea de hipnoză ca instrument al schimbării terapeutice. Într-adevăr, s-ar părea că Mesmer era conștient de aspectele-cheie ale transferului afectiv. Deși nu știa nimic despre regresia libidinală, era cu un secol înaintea lui Freud, care a recunoscut faptul că starea de hipnoză era creată din fenomenul de transfer afectiv: „cheia înțelegerii sugestiei hipnotice" (S. Freud, 1910, p. 51). O cercetare concludentă este prezentată de Gravitz (2004).

Opiniile colegilor lui Mesmer

Aceleaşi suspiciuni şi critici din partea colegilor medici care l-au năpăstuit în Viena au continuat şi la Paris – şi, cu cât avea mai mult succes, cu atât creştea ostilitatea celorlalţi doctori. În 1784, în urma cererilor potrivnice, regele Ludovic al XVI-lea a numit o distinsă comisie, cu membri propuşi de Academia Franceză de Ştiinţe, care să investigheze practicile lui Mesmer. Este foarte interesant de remarcat cine erau membrii comisiei. Era bătrânul şi îndrăzneţul Benjamin Franklin, care descoperise cu zmeul său legătura dintre fulger şi electricitate. La vremea aceea era ambasadorul Americii în Franţa. Era Lavoisier, primul care a izolat elementul oxigen. Era Jussieu, un botanist eminent, şi, în sfârşit (nu fără o semnificaţie simbolică pentru viitorul cabinetului lui Mesmer), era inventatorul acelui dispozitiv pentru „amputarea capului" – doctorul Antoine Guillotine (îl putem acuza tot pe el şi pentru că a lansat acea teorie despre separarea dintre minte şi trup, care a rezistat până acum un deceniu).

Zelul terapeutic al lui Mesmer era depăşit doar de tendinţa lui spre exagerare, lipsa lui de precauţie în generalizarea teoretică şi aroganţa lui, o trăsătură obişnuită în rândul multor terapeuţi buni din ziua de azi. Prin experimente simple, dar bine controlate, comisia a ajuns curând la concluzia că schimbările în simptomele pacienţilor lui Mesmer nu ar fi putut proveni din acţiunea unui presupus câmp magnetic. Raportul a afirmat sec că magnetismul animal nu există şi că, din moment ce nu există aşa ceva, vindecările relatate nu pot fi decât rezultatele unor fraude sau ale imaginaţiei. Respins de colegi şi pacienţi deopotrivă, Mesmer a părăsit Parisul şi, după ce a rătăcit o vreme, s-a stabilit în Elveţia, aproape de lacul Konstanz, pe malul căruia se născuse cu 50 de ani în urmă. Acolo şi-a petrecut restul zilelor, neobservat.

De câte ori cei care sunt înfrânţi de forţele vieţii nu se întorc în locurile copilăriei lor? De câte ori nu îşi simplifică existenţa, abandonează înfruntările în favoarea adversarilor şi încetează orice efort de a înainta? Vedem asta zi de zi la mulţi dintre pacienţii noştri. O numim regresie. Steaua lui Mesmer a ţâşnit ca o nouă strălucitoare în dezvoltarea tratamentului psihologic, dar, în doar câţiva ani, aproape că s-a pierdut din nou în uitare. Cu toate că era

discreditat din punct de vedere personal, ruinat şi plin de amărăciune, el a lăsat ca moştenire descoperiri şi întrebări care, de atunci, au stimulat căutările oamenilor pentru mai multă cunoaştere despre ei înşişi. Mesmer a ţintit să devină Dumnezeu ; a sfârşit cât se poate de uman. Astfel de strădanii pentru putere au fost de multe ori răzbunarea practicanţilor hipnozei, care, uimiţi de efectele aparent incredibile pe care le obţin prin metoda hipnozei, îşi reactivează propria dorinţă infantilă de omnipotenţă. Uneori îşi pierd raţiunea de a fi practicanţi ai artelor vindecării, slujitori ai oamenilor, şi caută să-şi folosească abilităţile nou-descoperite pentru a deveni stăpânii omenirii. Istoria hipnozei are multe să îi înveţe pe hipnotizatorii în devenire, iar istoria tinde să se repete.

Se consideră că dezvoltarea hipnozei moderne a început cu Mesmer. Cu toate astea, utilizarea hipnozei în tratarea bolilor omeneşti e probabil la fel de veche ca şi istoria medicinei. Există dovezi care arată că majoritatea fenomenelor hipnotice le erau cunoscute oamenilor încă din Antichitate. Se pare că hipnoza era practicată în China cu 1.800 de ani înaintea lui Hristos. Evreii Vechiului Testament foloseau starea de transă pentru a face profeţii. Şi druizii îşi „adormeau" suspecţii pentru a-i convinge să mărturisească adevărul. În secolul al IV-lea î.Hr., în Grecia s-au dezvoltat cultele templelor (în timpul cărora somnul indus era combinat cu alte forme de sugestii pentru tratarea bolilor). Prin intermediul dansurilor dervişilor rotitori, vechii egipteni induceau starea de transă şi extaz, în timpul căreia putea fi obţinută analgezia hipnotică. Se pare că multe dintre aceste inducţii timpurii au avut succes în obţinerea adevăratelor efecte ale transei hipnotice, cu mult peste ceea ce unii etichetează astăzi drept „hipnoză". Aşa cum arătăm în teoriile şi tehnicile asupra cărora se concentrează această carte, unii practicanţi şi chiar cercetători din ziua de azi par să se mulţumească doar cu influenţa socială sau cu efectele de sugestie şi relaxare care însoţesc unele induceri hipnotice insuficiente. Deşi aceste efecte pot fi folosite în beneficiul pacienţilor noştri, prin adevărata transă hipnotică pot fi obţinute mult mai multe, care acum pot fi identificate prin repere psihologice ale hipnozei sigure şi destul de puternice (vezi capitolul 3, „Teorii legate de hipnoză").

Hipnoza în masă poate justifica în mare parte pasiunea pentru tarantela care a cuprins Europa în Evul Mediu târziu. Sute de oameni erau cuprinşi de această furie şi se roteau într-un abandon sălbatic

până când se prăbuşeau în stare de extenuare. În India şi Tibet au fost dezvoltate forme mai pasive de meditaţie hipnotică ce continuă şi azi în exerciţiile yoghinilor şi în diferite forme de budism. Multe triburi indiene din Statele Unite folosesc transa în tratamentele medicale, făcând posibil ca, astăzi, psihologi şi medici cu abilităţi în hipnoză să fie acceptaţi de vindecătorii tribali. G. Williams (1968) a prezentat un raport mai detaliat şi documentat al diferitelor practici hipnotice în rândul vechilor popoare. Este suficient să remarcăm aici că hipnoza (deşi a fost numită în multe feluri) este cunoscută de multe secole, atât de omenirea primitivă, cât şi de cea civilizată, şi a fost folosită în tratarea suferinţelor în toate colţurile lumii, cu mult înainte să devină obiect de studiu ştiinţific.

Dezvoltarea hipnozei după Mesmer

Să ne întoarcem acum şi să urmărim istoria mai recentă a acestui fenomen interesant. Unul dintre elevii lui Mesmer, contele Maxime de Puysegur, este considerat primul care a descoperit fenomenul de somnambulism, prin care persoana hipnotizată poate merge, vorbi şi se poate implica în multe activităţi, rămânând totuşi în starea de transă. După Mesmer, mai mulţi oameni au continuat practica în domeniu, numindu-se magnetişti sau mesmerişti. Unii dintre aceştia, cum ar fi de Puysegur, deşi foloseau tehnicile terapeutice ale lui Mesmer, nu erau convinşi că fenomenele se datorau unui fluid magnetic invizibil; se apropiau mai mult de etiologia psihologică susţinută în prezent. (În 1821, în Franţa, Récamier a menţionat o operaţie chirurgicală fără durere, realizată pe un pacient „magnetizat".)

Deşi practicile magnetismului animal dispăruseră aproape cu totul din Franţa, după discreditarea lui Mesmer, profesioniştii din Germania continuau să îl folosească, în special în anii 1840. Se pare că, prin eforturile lor, urmăreau dobândirea respectabilităţii medicale şi ştiinţifice – ba chiar, în 1818, Academia de Ştiinţă din Berlin a oferit un premiu pentru cea mai bună teză despre fenomen. Totuşi, s-au făcut puţine lucruri pentru a aduce noi descoperiri în domeniu şi nici unul dintre aceşti oameni nu a lăsat urme durabile în dezvoltarea lui. Şi discipolii lui Mesmer din Franţa au făcut încercări sporadice de a reactiva interesul. Au reuşit să convingă Academia Franceză de Medicină, de mai multe ori la începutul anilor 1800, să numească o comisie care să examineze pretenţiile terapeutice ale

magnetismului. Rezultatele erau de obicei neconcludente şi doar după mulţi ani de la moartea lui Mesmer, în 1815, noi studii asupra fenomenului au trezit atenţia.

Poate că acest lucru ilustrează natura repetitivă a istoriei hipnozei cu care ne-am întâlnit până în prezent. Fiecare episod începea când un doctor sau un om de ştiinţă cu reputaţie observa demonstraţiile hipnotice ale altui practician. Neîncrederea i se transforma în credinţă şi entuziasm. Adopta tehnicile în practicile lui şi făcea eforturi curajoase pentru a-şi convinge colegii de breaslă. Elevi şi discipoli se adunau în juru-i, iar cabinetul său devenea un centru al practicii şi cercetării. Medicul devenea de multe ori arogant în pretenţiile sale terapeutice, intrând astfel în contradicţie cu colegii mai conservatori din punct de vedere ştiinţific care încercau să-i discrediteze descoperirile. Adepţii prea entuziasmaţi încercau să trateze toate suferinţele, atât organice, cât şi funcţionale, cu tehnici hipnotice. Asemenea unui pacient suferind de tulburare borderline, îşi transformau liderul într-un zeu. Inevitabil erau deziluzionaţi, iar interesul pentru domeniu murea, doar pentru a fi reînviat în mod asemănător de un nou Mesia.

Un psihiatru critic a remarcat odată: „Hipnoza a fost încercată şi abandonată de multe ori de către specia umană. De ce să o studiem acum?". La care singura replică potrivită este: „Indiferent de câte ori a fost abandonată hipnoza, oamenii se întorc la ea". Se pare că eficacitatea ei a continuat să se ridice la suprafaţă cu mult înaintea cercetărilor din prezent, iar National Institutes of Health au considerat oficial hipnoza eficientă.

Ciclul scepticism – descoperire – aplicare şi prea mult entuziasm ce conduce la abandon nu este caracteristic doar diferitelor epoci şi medicilor din diferite ţări; astăzi este o experienţă tipică pentru nou-venitul care participă la primul său curs sau atelier în domeniu. De fapt tu, care citeşti acum, ai putea trece prin aceleaşi etape. Urmezi un curs de hipnoză din curiozitate sau la îndemnul unui coleg. Iniţial ai multe dubii şi rezerve cu privire la realismul şi potenţialul lui. Observi inducţia pe câteva persoane intrate în transă şi înveţi cum să o faci tu însuţi. Urmăreşti demonstraţii ale fenomenului de transă profundă, cum ar fi controlul durerii, regresia, distorsiunea percepţiei şi halucinaţii. Eşti uluit. De ce nu ai fost învăţat despre aceste puteri minunate până acum? Iată „glonţul magic" pe care medicina l-a căutat dintotdeauna pentru vindecarea bolilor omeneşti. Aplici entuziast procedura în propriul tău cabinet,

cu diverse grade de succes. Dacă acum cauţi perfecţiunea şi omnipotenţa, mai devreme sau mai târziu vei fi dezamăgit. Mulţi dintre voi vor abandona domeniul, aşa cum au făcut majoritatea adepţilor lui Mesmer. Prima etapă este scepticismul. A doua etapă este entuziasmul exagerat. Dar dacă poţi persevera de-a lungul celei de-a treia etape, poţi ajunge în punctul în care recunoşti că hipnoza nu este bagheta magică, nu poate vindeca toate suferinţele, că are limite şi nu funcţionează întotdeauna. Atunci o vei percepe doar ca pe o altă tehnică utilă din arsenalul tău terapeutic, ce poate ajuta deseori în tratarea cu succes a multor suferinzi. Vei descoperi că, prin intermediul acestui instrument, poţi face uneori anumite lucruri pe care altfel nu ai reuşi să le îndeplineşti sau, cel puţin, nu fără un consum mult mai mare de timp şi efort. Atunci nu vei mai fi doar un simplu hipnotizator. Vei fi un membru matur, alături de mulţi alţii, al profesiei de vindecător, care ştie cum să folosească această modalitate ca pe un adjuvant al altor aspecte din pregătirea proprie, în beneficiul pacienţilor. Acestea sunt câteva dintre lecţiile pe care ni le transmite studiul ştiinţific al hipnozei.

Suntem în anul 1837, în Anglia, şi istoria este pe cale să se repete. John Elliotson (1843), un doctor sclipitor şi foarte arătos, tocmai a urmărit demonstraţiile domnului Depotet, un mesmerist francez venit în vizită. Elliotson era cunoscut pentru energia lui extraordinară, pentru dorinţa lui de a experimenta noile concepte şi pentru lipsa lui de ortodoxie. Fusese primul medic din Anglia care utilizase un stetoscop (curios, motivul pentru care a fost inventat stetoscopul a venit din reţinerea doctorilor de a-şi pune urechea pe pieptul deseori murdar al pacienţilor). Tradusese *Fiziologia* lui Blumenbach, un text important al vremii. Descoperise valoarea unor medicamente ca iodura de potasiu şi acidul prusic în tratarea diferitelor boli. Mai mult, era primul profesor de Practica Medicinii la Universitatea din Londra şi preşedinte al Royal Medical and Chirurgical Society.

Evident că un asemenea om inventiv şi inovator era fascinat de fenomenul hipnozei. A început să o practice şi să scrie despre ea. El şi studenţii lui au publicat un jurnal, *The Zoist*, dedicat relatării cazurilor tratate prin mesmerism. Şi-a atras imediat furia şi dispreţul colegilor medici, fiind evidenţiat în special pentru a fi atacat de către redactorul de la Lancet, publicaţia medicală. Elliotson credea în teoriile despre magnetism ale lui Mesmer şi a fost ademenit

într-un experiment în care a intenţionat să demonstreze că o monedă de argint (deoarece conţine magnetism) ar induce starea de transă, în timp ce o monedă de plumb ar eşua. Din păcate, unul dintre adversarii lui a schimbat monedele între ele. Subiectul a fost hipnotizat de moneda de plumb, reacţionând aşadar la vorbele lui Elliotson şi nu la moneda „magnetizată".

Elliotson a fost atacat cu înverşunare. Şi-a continuat munca în ciuda întregii opoziţii, dar i-a fost refuzat accesul în paginile revistelor medicale şi a fost forţat să demisioneze din postul pe care îl ocupa la Spitalul Universităţii. A fost remarcat mai ales pentru tratamentul aplicat copiilor, cu ale căror suferinţe se putea identifica atât de bine. Ridiculizat, dispreţuit şi supus abuzurilor, a murit în 1868, încercând în van să le trezească colegilor medici interesul pentru practicile mesmerismului şi să-şi recâştige respectabilitatea ştiinţifică.

Vremurile sunt mai bune acum pentru doctorii şi cercetătorii interesaţi de hipnoză. Cursuri despre metodă sunt oferite în multe şcoli medicale şi în departamentele facultăţilor de psihologie şi consiliere psihologică. Te poţi specializa în acest domeniu şi poţi avea acceptul profesional. Dar, cu toate astea, umbrele ignoranţei reacţionare încă mai zăbovesc. Dacă te întorci în spitalul tău sau la clinica ta şi practici învăţăturile din această carte, nu te aştepta să fii automat primit cu braţele deschise de colegii tăi mai conservatori. Iar dacă eşti profesor de psihologie la nivel academic, departamentul tău ţi-ar putea arăta că preferă să studiez domenii mai respectabile, ca teoria învăţării, motivaţiei sau percepţiei. Totuşi, propria mea (A.F.B.) numire la Harvard Medical School şi promovarea timpurie ca profesor asociat au fost posibile doar datorită muncii mele în domeniul hipnozei. Acceptări şi recompense similare în carieră au primit şi mulţi dintre foştii mei doctoranzi, care au devenit rapid şefi ai unităţilor lor de psihologie sau câştigători în repetate rânduri ai unor burse de cercetare importante oferite de National Institutes of Health. Strălucita carieră de-o viaţă a celui de-al doilea autor (J.G.W.), cu apariţii la televiziunea naţională (*60 de minute* etc.), şi reputaţia lui internaţională de „părinte al terapiei Stărilor Eului" se datorează, fără îndoială, muncii lui în domeniul hipnozei.

Anul 1845, Calcutta (India). Un chirurg îndemânatic pe nume James Esdaile (1957) a coordonat numeroase operaţii folosind anestezierea prin mesmerism. Le inducea pacienţilor săi o stare de transă profundă şi, timp de 7 ani, a făcut peste 2.000 de operaţii fără durere.

Vreo 300 dintre acestea ar fi clasificate drept intervenţii chirurgicale majore. Ele implică amputări, îndepărtarea de tumori ale scrotului, cataracte şi aşa mai departe.

La început, Esdaile a atras atenţia în mod favorabil, în special pe cea a guvernatorului statului Bengal. Sub patronajul acestuia, Esdaile a primit un spital dedicat practicilor mesmerice. Chiar a reuşit să convingă câţiva medici de vază de seriozitatea muncii sale. Totuşi, când s-a întors în Scoţia, în 1852, a avut parte şi el de aceeaşi respingere ca şi Elliotson. E adevărat, operaţii răzleţe fuseseră raportate înainte în Statele Unite, Anglia, Franţa şi Germania, dar, până la acea vreme, nimeni nu mai folosise mesmerismul pentru alinarea durerii pe scară largă, în sute de cazuri chirurgicale, şi nimeni nu l-a mai folosit atât de extensiv de atunci. Eterul şi cloroformul fuseseră descoperite. Aplicabilitatea cu grad ridicat de generalitate a anesteziei prin agenţi chimici, cuplată cu nesiguranţa transei hipnotice şi abilităţile deosebite necesare pentru utilizarea acesteia au rezolvat curând disputa. Cu toate acestea, cel puţin o realizare a lui Esdaile nu a fost contestată până în ziua de azi şi merită mai multe cercetări viitoare. În ciuda faptului că o mare parte din cazurile chirurgicale s-au soldat cu decese în timpul operaţiei (sau la puţin timp după aceea) în urma şocului, asta nu s-a întâmplat aproape în nici unul dintre cazurile în care operaţia a fost făcută în stare de hipnoză. Acest raport favorabil s-a menţinut chiar şi în comparaţie cu rata de succes a intervenţiilor făcute sub anestezie prin agenţi chimici.

O altă contribuţie a epocii a venit din partea vorbitoare de engleză a lumii. James Braid (1843) era un oftalmolog scoţian. În noiembrie 1841 el a urmărit demonstraţia lui La Fontaine, un magnetist francez. Sceptic la început, el a înfierat prima şedinţă. Dar a rămas, şi-a continuat observaţiile şi şi-a schimbat părerea. După un an, a prezentat secţiei medicale a British Association din Manchester o lucrare care i-a fost respinsă.

Braid a primit atacuri nu numai din partea breslei medicilor, ci şi din partea clerului cu care intrase într-o dispută legată de faptul că efectele mesmerismului se datorau influenţei „forţelor satanice". El a fost primul care a susţinut că fenomenul e de natură psihologică şi este cauzat de sugestia administrată în timp ce pacientul se află într-o stare unică. Extrapolând munca lui Faria (1819), care a inventat termenul *sommeil lucide* (somn lucid) ca alternativă la

explicarea prin magnetism animal a comportamentelor scoase la iveală de Mesmer, Braid a văzut o bază neurologică şi a numit-o „neurohipnotism" sau somn nervos. Curând s-a referit la el numindu-l simplu „hipnotism", iar pe cel care îl practică „hipnotizator". Braid a derivat termenul din cuvântul grecesc hypnos, „somn". Totuşi, hipnoza nu este deloc somn. Aşa cum a subliniat Herbert Spiegel (1998), atât somnul, cât şi hipnoza implică o contractare a conştienţei exterioare. Dar aceasta merge în direcţii opuse : în cazul somnului se dizolvă, în hipnoză se intensifică.

Braid nu a suferit la fel de mult ca Mesmer sau Elliotson din cauza săgeţilor colegilor geloşi. Dar nici nu a fost un om care să caute prestigiul pe măsura celorlalţi şi nici nu şi-a argumentat la fel de mult cele susţinute. Cariera lui ne lasă cu un gând constructiv. Cel care se întoarce de la prima sa întâlnire cu hipnoza şi trâmbiţează entuziast pretenţii cu privire la superioritatea ei ca metodă terapeutică se poate aştepta la mobilizarea opoziţiei colegilor. Rezistenţa nu este stârnită nici pe departe la fel de mult când afirmaţiile despre valoarea hipnozei sunt temperate.

Interesul legat de magnetism a ajuns în Statele Unite în timpul anilor 1830 şi 1840 şi un număr de operaţii asupra unor pacienţi aflaţi în transă au fost raportate, facilitând o comunitate activă de mesmerişti în New Orleans, în 1845. Phineas Quimby a practicat hipnoza în Statele Unite, dar nu este la fel de cunoscut ca renumita sa studentă Mary Baker Eddy, care a fondat Ştiinţa Creştină. Cu toate că această metodă de vindecare seamănă foarte mult cu intervenţiile hipnotice, fondatorii şi adepţii ei, contrar cercetărilor controlate care arată că fenomene hipnotice sunt prezente în terapia *Eye Movement Desensitization and Reprocessing** sau EMDR (R. Alexander, 1997), insistă că nu are nimic de-a face cu hipnoza (vezi Janet, 1919/1925).

La aproape o jumătate de secol după moartea lui Mesmer, centrul practicilor hipnotice a revenit în Franţa. În 1864, Ambroise-Auguste Liébeault, un doctor al oamenilor sărmani, s-a stabilit în Nancy după ce şi-a obţinut diploma în medicină în 1850 la Universitatea din Strasbourg. Totuşi, abia în 1860 a început să practice serios această modalitate de vindecare.

---

* Desensibilizare şi reprocesare prin mişcarea ochilor (n.t.).

Liébeault era un om simplu şi modest. Pentru a-i determina pe ţăranii francezi care îi erau pacienţi să se supună tratamentului hipnotic (pentru că erau obişnuiţi cu medicamente şi manipulări fizice), s-a oferit să îi trateze gratis prin hipnoză, în timp ce le cerea bani pentru terapiile tradiţionale. Oferind astfel de tratamente gratuite, fără să îşi dea seama, testa efectele hipnozei în comparaţie cu cele ale anticipării. În ultima parte a anilor 1900, anticiparea era considerată de către cei cu o perspectivă sociocognitivă (Kirsch, 1990 ; Kirsch şi Council, 1989) responsabilă pentru mare parte, dacă nu pentru tot ceea ce putea fi obţinut prin hipnoză. Astfel de noţiuni, dezminţite la început de rezultatele obţinute de Liébeault cu peste 100 de ani în urmă, sunt abia acum repuse în discuţie (A. Barabasz, 2001b ; Russell şi Barabasz, 2001). Liébeault a căpătat mult respect în rândul oamenilor săraci din zonă şi este descris ca un mare umanitar, interesat de bunăstarea altora şi indiferent la recompensele pentru sine. Bramwell (1956, p. 57) a descris o scenă tipică la care a fost martor în clinica lui Liébeault :

> Două fetiţe, de vreo şase sau şapte ani, fără îndoială aduse mai întâi de prieteni, au intrat şi s-au aşezat pe o canapea în spatele doctorului. El, oprindu-se pentru un moment din munca sa, a făcut un pas în direcţia uneia dintre ele şi a spus : „Dormi, pisicuţa mea", a repetat acelaşi lucru şi pentru cealaltă şi într-o clipă amândouă erau adormite. Le-a dat apoi amândurora doza de sugestie hipnotică şi pe urmă, evident, a uitat de ele. În aproximativ 20 de minute, una s-a trezit şi, vrând să plece, a încercat, scuturând şi trăgând, să îşi trezească prietena, expresia ei amuzată când a văzut că nu reuşeşte fiind foarte comică. După aproape cinci minute, a doua fetiţă s-a trezit şi, ţinându-se de mână, au pornit la drum cu paşi mărunţi, râzând.

Liébeault credea că fenomenele sunt de natură psihologică şi a ignorat complet teoriile magnetice. După doi ani de muncă susţinută a publicat o carte cu titlul *Du sommeil et des états analogues considérés surtout du point de vue de L'action du moral sur le physique* (*Despre somn şi stările analoage privite mai ales din punctul de vedere al influenţei moralului asupra fizicului*). La început a fost, poate, cea mai nereuşită carte publicată vreodată, doar un exemplar (Liébeault, 1866) fiind vândut atunci. A continuat să trateze ca doctor al oamenilor sărmani, necunoscut, încă mai bine de 20 de ani, până să se bucure de o mare recunoaştere tardivă.

Liébeault practica, la propriu şi la figurat, „pe un drum greşit". Pe drumul cel bun se afla marea Universitate din Nancy, iar la facultatea ei de medicină se găsea un medic eminent, Hippolyte Bernheim, profesor de neurologie. Liébeault a avut succes în tratarea unui pacient care timp de mulţi ani rezistase eforturilor terapeutice ale lui Bernheim, şi eminentul profesor s-a hotărât să-i facă o vizită lui Liébeault. Foarte sceptic la început, Bernheim se poate să fi avut impresia că face această investigaţie pentru a da în vileag un şarlatan.

Cu toate acestea, dacă a venit pentru a certa, a rămas pentru a aplauda. Munca lui Liébeault l-a interesat foarte mult şi a devenit unul dintre cei mai buni prieteni ai doctorului de la ţară. În 1886 şi-a publicat propria carte, *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique* (*Despre sugestie şi aplicarea ei în terapie*) (vezi Bernheim, 1964), în care a descris tehnicile şi i-a acordat meritul cuvenit lui Liébeault. După aceea, vizitatori din toate părţile s-au adunat la Nancy să cerceteze şi să studieze cu Liébeault şi Bernheim. Cu toate că acum era faimos şi mulţi îi cumpărau cartea, Liébeault a preferat să îi trateze pe cei sărmani pentru foarte puţini bani, sau chiar fără, şi se pare că nu a profitat nicioa tă financiar de noul său statut. El şi Bernheim au dezvoltat ceea ce a ajuns să fie cunoscut ca Şcoala de la Nancy, un centru pentru practici hipnotice şi instrucţie care punea accent pe conceptul de sugestie şi considera că hipnoza era un fenomen psihologic şi nu unul magnetic.

O altă şcoală s-a dezvoltat în nord, la Paris, sub conducerea distinsului neurolog Jean-Martin Charcot (1889). Charcot, care a practicat medicina la spitalul din Salpêtrière, se opunea viziunii grupului de la Nancy. El considera, în mod greşit, că fenomenele hipnotice sunt patologice şi că apar doar la oamenii isterici. Deşi era conştient de factorul sugestiei hipnotice şi de influenţa psihologică, tot a încercat să reînvie interesul pentru vechile teorii magnetice (vezi figura 1.1).

Curând, Liébeault şi Bernheim au fost atraşi într-o controversă cu Charcot ; s-a organizat o serie de experimente comune care să testeze afirmaţiile susţinute de fiecare. Viziunea grupului de la Nancy a avut câştig de cauză şi de atunci teoriile magnetice ale hipnotismului nu au mai fost enunţate cu seriozitate.

Pierre Janet (1919/1925) a studiat atât cu Bernheim, cât şi cu Charcot şi a fost un prolific practicant al artei hipnozei. O considera



Figura 1.1. O demonstrație de hipnoză făcută de Jean-Martin Charcot. *Un leçon clinique à la Salpêtrière* (*Un curs la Salpêtrière*).

Tabloul lui A. Brouillet îl arată pe Charcot în culmea gloriei, demonstrând un caz de *grande hystérie** unei audiențe de elită formată din medici şi scriitori; în spatele lui se află discipolul său favorit, Babinski. Pictorul a arătat involuntar greşeala fatală a lui Charcot: explicațiile lui orale şi tabloul de pe perete îi sugerează pacientei criza pe care ea începe să o interpreteze; două surori sunt pregătite să o susțină când va cădea pe targă, unde îşi va manifesta criza complet dezvoltată (Le Salon de 1887, Paris, pe partea opusă paginii 62).

o formă de disociere şi asemuia hipnoza cu isteria. A relatat cazul interesant al unei tinere care suferea de anorexie şi de o anesteziere „în mănuşă" (*glove anesthesia*) (vezi pp. 286-287 din acest volum) a celei mai mari părți a corpului ei. Ea mânca doar când se afla în stare de hipnoză. Odată, pe când Janet lipsea de la clinică, a lăsat-o sub hipnoză ca să poată fi hrănită. În stare de hipnoză părea să fie atât de normală, încât atunci când rudele ei au venit în vizită în acea zi au tras concluzia că e vindecată şi au luat-o acasă. După o săptămână sau două hipnoza şi-a pierdut efectul şi simptomele au revenit. A fost hipnotizată din nou de către Janet şi, încă o dată, trimisă acasă. În următorii 8 ani, a fost pusă sub hipnoză şi trimisă acasă tot

* Mare isterie (fr.) (n.t.).

la câteva săptămâni. A murit de tuberculoză după ce a petrecut, se pare, opt ani fără alte probleme cauzate de anorexie. Janet era la curent cu procesele inconştiente şi a scris despre ele. Totuşi, pentru că Freud a fost cel care a descris procesele mai detaliat, lui Janet nu i s-a atribuit meritul descoperirii lor.

Până la acea vreme, hipnoza a fost folosită ca metodă terapeutică generală pentru a ataca toate tipurile de simptome, fie ele de natură organică sau psihogenă. Hipnoanestezia şi alinarea durerii au fost cele mai frecvente utilizări ale ei. De asemenea, până la acea vreme, majoritatea doctorilor considerau că suferinţele psihiatrice au cauze organice, dacă nu sunt pur şi simplu boli simulate. Chiar şi Charcot subscria în mare măsură la acest punct de vedere. Dar acum venise vremea să se descopere că multe tulburări aveau cauze psihice, nu fizice, iar hipnoza avea să joac^ un rol important în avangarda acestor progrese.

Josef Breuer a fost un foarte respectat medic generalist din Viena, dar şi un îndrumător într-ale medicinei, deşi nu era profesor. Era conservator prin natura lui şi a produs prea multă confuzie şi îndoială în continuarea unei descoperiri remarcabile pe care o făcuse. Hipnoza fusese folosită îndeobşte pentru a reprima sau elimina simptome. Astfel, Bernheim şi Liébeault îşi hipnotizau pacienţii şi îi instruiau să se dezbare de bolile lor. Uneori funcţiona, alteori nu. Breuer a folosit „hipnoza sugestivă" pentru a trata o tânără, cunoscută sub numele de Anna O., care suferea de o tulburare isterică. La început nu a reuşit să-i diminueze simptomele. Totuşi, când a determinat-o să „abreacţioneze" sau să se despovăreze de evenimente traumatice mai vechi din viaţa ei, care îi aminteau (amintirile pot sau nu să fie reconstruite cu acurateţe; vezi A. Barabasz, 2001a) de anumite sentimente, simptomele au dispărut. Breuer şi Freud erau prieteni apropiaţi. Ba chiar Breuer l-a ajutat pe Freud cu bani în timpul primelor lui studii medicale, ceea ce i-a permis lui Freud să se căsătorească. Amândoi au studiat cu dr. Ernst Bruecke, un psihiatru adept convins al abordării fizico-chimice pentru înţelegerea tulburărilor mentale. Freud era foarte intrigat de metoda abreacţiei a lui Breuer, dar, când i-a descris-o lui Charcot, nu a primit nici o încurajare din partea profesorului său, iar Bruecke se opunea violent hipnozei, pe care o considera o şarlatanie grosolană. Prin urmare, cu toate că Freud asistase la munca lui Breuer încă din 1882, nu s-a apucat de practicarea hipnotismului decât în 1887.

Experienţa lui Freud în materie de hipnoză l-a dus la aflarea proceselor inconştiente şi a făcut posibilă marea descoperire în gândirea psihiatrică ce avea să domine această disciplină în următoarea jumătate de secol (Breuer şi Freud, 1957). Cu toate acestea, din anumite motive a abandonat folosirea acestei tehnici. Mai întâi, nu era un foarte bun hipnotizator. În multe cazuri nu era capabil să inducă o stare profundă. Asta se poate să se fi întâmplat din cauză că Freud, un tânăr geniu strălucit şi nerăbdător, nu era sensibil în relaţiile interpersonale. Asemenea unor cunoscuţi cercetători în domeniul hipnozei din ziua de azi, el nu avea suficientă răbdare pentru a se implica în procesul de inducţie îndeajuns de mult încât să asigure o stare de hipnoză profundă. Mai mult, Breuer, bătrânul şi modestul conservator, a fost chiar jenat când Anna O. a manifestat puternice sentimente de iubire pentru el în urma tratamentului. Asta l-a făcut să întrerupă relaţia terapeutică pe care o avea cu ea. Freud a fost jenat într-un mod asemănător când o pacientă s-a repezit să îl îmbrăţişeze. La acea vreme nu descoperise înţelesul transferului afectiv şi nu ştia cum să reacţioneze la astfel de manifestări. De asemenea, mulţi pacienţi care îşi abandonau simptomele sub abreacţia hipnotică reveneau la ele, iar Freud şi-a pierdut speranţa de a obţine rezultate permanente prin această metodă (pentru noi tehnici de abreacţie hipnotică ce minimizează această problemă vezi J. Watkins, 2001, şi Watkins şi Watkins, 1997).

În orice caz, Freud a dezvoltat o metodă mult mai lentă şi mai puţin eficientă de eliberare cathartică, apăsând fruntea pacientului cu mâna şi cerându-i să facă asociaţii libere, adică să spună tot ce îi trece prin minte. Aşa cum vom vedea mai târziu, asta se poate să fi constituit, de fapt, inducţia unei stări hipnotice uşoare, dar materialul care ieşea la iveală era mai puţin încărcat emoţional. Cum Freud se descurca mai bine să trateze şi să înţeleagă asta, a putut să studieze procesul cu mai multă logică şi mai puţine distrageri emoţionale. Poate că a fost mai bine pentru dezvoltarea psihanalizei, pentru că a adus o abordare mai lentă şi mai raţională a terapiei.

Din păcate, Freud şi-a mascat propriile imperfecţiuni în lucrul cu relaţia hipnotică, pretinzând că psihanaliza a început doar când el a ignorat metoda hipnozei şi a introdus-o pe cea a asociaţiilor libere. Fiica (psihanaliza) şi-a respins mama (hipnoza), iar părintele a fost cel considerat nelegitim în următoarele câteva decenii. Multe dintre obiecţiile lui Freud în legătură cu hipnoza, cum ar fi că rezultatele

ei sunt temporare sau că „nu ia în seamă eul", au fost dezminţite de atunci de cercetători în domeniu.

De asemenea, trebuie subliniat (vezi Kline, 1958) că atunci când Freud practica psihanaliza, se mulţumea să asculte pasiv asocierile pacienţilor săi, dar când folosea hipnoza, propria lui metodă de tratament se schimba. Devenea autoritar şi le poruncea simptomelor să dispară. De fapt, a spus că se plictisise de monotonele prohibiţii arbitrare folosite în tratamentul prin hipnoză. Probabil nu vom şti niciodată dacă diferenţele în metoda terapeutică a lui Freud, ce apăreau când folosea hipnoza comparat cu psihanaliza, existau pentru că fusese învăţat că hipnoza presupune o abordare autoritară ce include comanda şi rugămintea stăruitoare sau pentru că o parte din propriile lui nevoi de contratransfer afectiv era stimulată de relaţia hipnotică. Hipnoza îi dă hipnotizatorului iluzia unei mari puteri şi mulţi oameni modeşti au fost seduşi de această forţă, devenind tirani. Cel puţin ne învaţă că hipnoza terapeutică este mult mai mult decât o stare de conştienţă deformată, obţinută prin manipulările operatorului. Într-o situaţie de tratament, ea este un mod de comunicare senzitiv, iar utilizarea ei eficientă depinde de calitatea relaţiei interpersonale dintre hipnoterapeut şi pacient. Puţini se mai îndoiesc acum că eşecul lui Freud în hipnoză era mai degrabă cauzat de personalitatea lui decât de o slăbiciune inerentă a metodei. Este păcat că această chestiune pare să le fie necunoscută majorităţii psihoterapeuţilor analitici. Dar aura lui Freud, marele maestru al psihanalizei, rămâne şi încă îi împiedică pe mulţi dintre discipolii săi să înveţe să recunoască faptul că prejudiciile lui au ţinut departe de domeniul psihanalizei o tehnică prolifică, ce poate să descopere subiecte reprimate, să ajute la interogarea eului şi să producă frecvent rezultate permanente într-un timp mult mai scurt decât o pot face asociaţiile libere.

În ciuda respingerii hipnozei, Freud nu a putut niciodată să o abandoneze complet. Nu o dată s-a jucat cu ideea, deşi el personal nu a reuşit să-şi reexamineze poziţia şi să o folosească din nou asupra pacienţilor săi. În 1919 a scris: „Influenţa hipnotică şi-ar putea găsi din nou un loc în ea [psihanaliză]". El a afirmat, de asemenea, că psihanaliza practică ar putea constitui un aliaj între „aurul pur al analizei" şi „cuprul sugestiei directe", adică hipnoza (S. Freud, 1900-1953, p. 402).

Zilele anilor 1890 erau o epocă de înflorire pentru practicanţii hipnozei. Toată lumea hipnotiza pe toată lumea pentru orice suferinţă cunoscută. Cancer, tumori cerebrale, boli virale şi aşa mai departe erau subiectul sugestiei hipnotice – desigur, cu un număr ridicat de eşecuri. Doctori care îşi doreau omnipotenţa şi credeau că au ajuns la ea au fost deziluzionaţi. Apoi, odată cu creşterea interesului pentru psihanaliză în rândul medicilor, hipnoza a căzut, încă o dată, în desuetudine. Doar câţiva doctori izolaţi şi câţiva profani puşi pe glume au continuat să folosească metoda.

Un psihiatru de la Harvard, Morton Prince (1906), a investigat, prin hipnoză, personalitatea multiplă sau disociată, iar în primul război mondial, Simmel (în Germania) şi Hadfield (în Anglia) au folosit-o pentru a trata nevrozele cauzate de război. Simmel (1944) a dezvoltat o tehnică de abreacţie modificată, prin care pacienţii săi, soldaţi germani, erau determinaţi să-şi descarce furia făcând bucăţi, sub hipnoză, o păpuşă îmbrăcată în uniformă franceză. Hadfield a integrat hipnoza în tehnicile psihanalitice şi a fost probabil primul care a inventat termenul ***hipnoanaliză***.

Hipnoza modernă

În 1933, Clark Hull, un distins psiholog experimental, a publicat prima carte care prezenta cercetări controlate ale fenomenului hipnotic. El şi asociaţii săi au studiat aspecte ca relaţia dintre dominaţia posturală şi susceptibilitatea la hipnoză, diferenţe de vârstă în hipnotizabilitate, relaţia dintre hipnotizabilitate şi inteligenţa generală, abilitatea celor aflaţi sub hipnoză de a depăşi limitele abilităţilor motorii şi senzoriale obişnuite şi aşa mai departe. Acestea au fost primele investigaţii controlate cu grijă. Până în acel moment, aproape toate datele despre hipnoză fuseseră obţinute din observaţiile clinice asupra pacienţilor. Asemenea raporturi moşteniseră subiectivitatea şi părtinirea caracteristice studiilor de caz. Hull a fost primul care a schiţat hipnoza ca domeniu de studiu legitim prin ştiinţa experimentală modernă.

Lumea academică s-a dovedit a fi la fel de conservatoare ca şi domeniul medicinei, iar Hull a fost ţinta multor critici din partea altor psihologi care considerau că hipnoza ţine de magie şi nu de ştiinţă. Studiile de pionierat ale lui Hull au făcut multe pentru a înfrânge prejudecăţile academice împotriva cercetătorilor în acest

domeniu, pentru că propria lui credibilitate ştiinţifică era impecabilă. Era un renumit cercetător şi teoretician în domeniul învăţării, iar în 1936 a deţinut funcţia de preşedinte al American Psychological Association (APA). Hull şi studenţii săi au contribuit la a-i determina pe cei care se ocupau de ştiinţa experimentală să respecte hipnoza, la fel cum Bernheim şi Charcot au făcut-o în cadrul profesiei medicale.

În anii '30, un alt imbold pentru medici şi psihoterapeuţi a venit sub forma unui şuvoi de lucrări inovatoare ieşite de sub peniţa lui Milton H. Erickson (vezi Haley, 1967). Acest psihiatru a experimentat o largă varietate de tehnici ingenioase pentru a induce hipnoza şi a elimina simptome. A devenit maestru în arta folosirii limbajului pentru a comunica cu pacienţii săi la nivel inconştient. Erickson nu subscria la ţelurile psihanalizei de a obţine înţelegerea cauzelor tulburărilor nevrotice. Mai degrabă el ocolea rezistenţa şi slăbea mecanismele de apărare ale pacientului, forţând astfel o abandonare a simptomelor. Ca prim preşedinte al American Society for Clinical Hypnosis şi ca prim editor al *American Journal of Clinical Hypnosis*, a obţinut recunoaşterea la nivel mondial. A fost şi o figură controversată în timpul certurilor care au izbucnit între specialiştii în hipnoză la sfârşitul anilor '50 şi începutul anilor '60. Dar asta este o altă poveste, pe care o vom prezenta mai târziu.

În timpul celui de-al doilea război mondial, al doilea autor al acestui text (J. Watkins, 1949), aflat la Spitalul Welch pentru Convalescenţi din Daytona Beach (Florida), a avut neobişnuita ocazie de a dezvolta un program de hipnoterapie pentru soldaţii întorşi de pe câmpul de luptă. Abreacţia experienţelor de război a fost considerată evaluabilă de Grinker şi Spiegel (1945), dar, în munca lor, la fel ca majoritatea celorlalţi psihiatri militari, ei s-au bazat pe folosirea unor medicamente ca amitalul de sodiu şi pentotalul de sodiu pentru a induce starea de conştienţă modificată care permite eliberarea emoţională. La acea vreme, doar câţiva doctori militari foloseau tehnici hipnotice în tratarea nevrozelor cauzate de război. În 1945, Spitalul Welch cuprindea aproximativ 2.500 de soldaţi care erau victime psihiatrice şi un întreg grup de pacienţi a fost repartizat la tratament fie prin hipnoterapie, fie prin „narcosinteză", termenul pe care Grinker şi Spiegel (1945) îl foloseau pentru abordarea lor. Acest „grup special de tratament" a primit multă libertate pentru a dezvolta şi experimenta o largă varietate de proceduri hipnoanalitice.

În anii de după război a existat o mare creştere a interesului pentru aplicarea hipnozei în medicina dentară. Anxietăţile şi fobiile dentare manifestate de mulţi pacienţi au fost întotdeauna o sursă de dificultăţi pentru stomatologi. Hipnoza oferea o abordare pentru gestionarea acestora. În plus, anestezia hipnotică se poate dovedi valoroasă pentru a înlocui sau suplimenta anestezia prin agenţi chimici. Burgess (1952) şi Heron (1953), doi psihologi din Minnesota, au predat tehnicile hipnotice multor medici stomatologi. Au fost organizate societăţi de hipnoză pentru medicina dentară şi, în acel stat, au existat peste 300 de dentişti care foloseau proceduri hipnotice aproape înaintea dentiştilor din alte părţi ale ţării care auziseră de asemenea proceduri.

Un grup de aproximativ 25 de psihologi şi psihiatri pionieri au organizat Society for Clinical and Experimental Hypnosis (SCEH) în 1949. Liderii acestui grup erau Jerome M. Schneck, un psihiatru şi psihanalist care a fost şi primul preşedinte al societăţii şi Milton H. Kline, care a devenit editorul revistei societăţii, *Journal for Clinical and Experimental Hypnosis*. Pentru a contrabalansa criticile aduse hipnozei de către psihanalişti, medici conservatori şi psihologi academici, intrarea în această organizaţie a fost restricţionată intenţionat prin standardele foarte ridicate impuse membrilor. Pentru ca cineva să devină membru, trebuia să aibă mulţi ani de experienţă şi să fi publicat contribuţii însemnate. În consecinţă, organizaţia a crescut foarte încet şi în următorii opt ani nu a ajuns să numere mai mult de 100 de membri.

În 1955 a fost publicată o relatare a unui hipnotizator amator ce descria un participant care, sub regresie hipnotică, susţinea că este reîncarnarea unei tinere irlandeze pe nume Bridey Murphy. Bridey a dat numeroase detalii despre presupusa ei „viaţă" din urmă cu 150 de ani. Deşi studii ştiinţifice respectabile nu au putut găsi o bază reală pentru cele pretinse, cazul a atras atenţia publică. *Time, Life, Look* şi multe alte reviste i-au acordat mult spaţiu. Profanii şi profesioniştii deopotrivă au fost intrigaţi. Publicitatea din jurul lui Bridey Murphy tindea să scoată în evidenţă acele afirmaţii neştiinţifice şi spectaculoase care de atâtea ori în trecut cauzaseră respingerea hipnozei de către medici şi oameni de ştiinţă onorabili. Mirosea a dorinţă de spectacol în genul lui Mesmer. Interesul pentru „reîncarnarea" hipnotică a murit încet-încet, dar o serie de oameni de ştiinţă şi medici specializaţi în sănătate mentală au fost determinaţi să iniţieze studiul serios al potenţialului hipnozei.

Milton Erickson a organizat o echipă de predare care susţinea seminarii de câte trei zile de-a lungul Statelor Unite pentru medici, psihologi şi dentişti. Mulţi nou-veniţi în domeniu şi-au făcut pregătirea iniţială la aceste cursuri. Totuşi, aceşti nou-veniţi au descoperit că nu îndeplineau cererile foarte stricte impuse membrilor SCEH. Au fost foarte nemulţumiţi de neputinţa lor de a se afilia singurei societăţi de hipnoză existente la acea vreme.

După o luptă pentru reducerea standardelor de intrare în SCEH, Erickson şi asociaţii săi au organizat, peste noapte, o nouă societate numită American Society of Clinical Hypnosis (ASCH). Formată din studenţii de la seminarii, această organizaţie s-a dezvoltat rapid şi a devenit mult mai mare decât SCEH. Un conflict aprig s-a pornit între grupul-părinte, stabilit la New York, care insista pe impunerea membrilor a unor standarde înalte, şi noua, tânăra şi viguroasa ASCH, cu centrul la Chicago, care susţinea că hipnoza era o modalitate mult prea valoroasă pentru a fi atât de restricţionată. Ruptura s-a produs în 1957 şi a fost urmată de mai bine de cinci ani de amărăciune, ocări şi atacuri reciproce. Competiţia pentru noi membri, în special pentru cei care dobândiseră un statut în domeniu, era acerbă. SCEH se mândrea cu calitatea sa şi avea la acea vreme, la fel ca şi acum, o publicaţie mai bine pusă la punct. ASCH, cu numărul său mare de membri, care creştea în continuare, era mai puternică din punct de vedere financiar, avea un sistem intern pentru recrutarea noilor membri în timpul seminariilor şi îşi etala titulatura de „cea mai reprezentativă" organizaţie din domeniu.

SCEH, ameninţată de numărul mare de membri şi solvabilitatea de care se bucura ASCH, contraatacă în 1958 dezvoltând două noi organizaţii menite să creeze un impact semnificativ. Existau comisii de specialitate în medicină, stomatologie şi psihologie care certificau activitatea doctorilor ce puteau face dovada unor calificări de nivel înalt. Astfel, medicina avea Comisia Americană de Obstetrică şi Ginecologie, Comisia Americană de Psihiatrie şi Neurologie, Comisia Americană de Chirurgie şi aşa mai departe. Existau certificări de specialitate pentru specializări stomatologice ca periodontita şi ortodonţia, iar în psihologie, Comisia Americană de Examinatori în Psihologia Profesională certifica medicii cu înaltă calificare în domeniul psihologiei clinice, industriale şi de consiliere. Asta implica, de obicei, cinci ani de experienţă în specialitate plus examinări.

În consecinţă, SCEH s-a apucat să organizeze şi să lanseze Comisia Americană de Hipnoză Clinică, cu trei subcomisii : Comisia Americană de Hipnoză Medicală, Comisia Americană de Hipnoză Dentară şi Comisia Americană de Examinatori în Hipnoza Psihologică ; cea din urmă elibera certificate separate pentru hipnoza clinică şi experimentală.

Aceste comisii erau receptate confuz. Comisia de psihologie era aprobată de APA, iar „diplomaţii" ei erau listaţi oficial în registrul asociaţiei. Comisia medicală nu era recunoscută oficial de American Medical Association (AMA), deşi asociaţia aprobase hipnoza ca disciplină medicală legitimă. Comisia stomatologică nu a primit aprobarea Asociaţiei Stomatologice Americane, iar societatea nici nu a recunoscut vreodată hipnoza ca obiect de studiu legitim pentru dentiştii din acea vreme.

Pentru a complica şi mai mult imaginea conflictului, AMA, stimulată de membrii săi din domeniul psihiatriei, a încercat să restricţioneze folosirea hipnozei la medici şi să excludă psihologii din domeniu, în special pe cei care se ocupau cu psihologia clinică şi o foloseau în psihoterapie. În general, acest efort a rămas fără succes, cu excepţia câtorva state unde legile practicii în medicină au fost modificate pentru a limita folosirea hipnozei la doctori. În cadrul celor două societăţi, SCEH şi ASCH, doctorii, psihiatrii, psihologii şi dentiştii se bucurau de o relaţie apropiată de colegialitate, iar certurile între discipline erau în mare parte evitate.

A doua mişcare făcută de SCEH la acea vreme a fost să organizeze International Society for Clinical and Experimental Hypnosis (ISCEH). ASCH avusese mai mult succes în dezvoltarea domeniului în Statele Unite, dar propriul ei nume îi limita capacitatea de a aduna membri din alte ţări. Prin urmare, ISCEH, cu SCEH ca divizie a sa din Statele Unite, a iniţiat curând divizii în aproximativ 30 de ţări. Bernard B. Raginsky, un psihiatru canadian care era preşedinte al SCEH în acele momente, i-a cerut lui John G. Watkins să formeze şi să prezideze Comitetul Internaţional de Organizare. Comitetul a contactat lucrători de frunte din toată lumea pentru a le propune să devină directori internaţionali ai noii societăţi şi să organizeze diversele divizii naţionale. Raginsky (1963), care a fost şi preşedinte al Academiei de Medicină Psihosomatică, era un distins contributor în domeniu şi publicase numeroase lucrări, în special pe tema aplicaţiilor hipnozei clinice în tratamentul tulburărilor psihosomatice.

Fiind cunoscut şi respectat pe scară largă, mandatul lui ca prim preşedinte al ISCEH a contribuit puternic la acceptarea acesteia la nivel mondial. Al doilea autor (J.G.W.) a fost secretar executiv al societăţii în primii 4 ani şi mai târziu i-a devenit preşedinte.

La început, ASCH a perceput comisiile şi ISCEH ca inamici ai intereselor sale şi a boicotat ambele organizaţii. Totuşi, pe măsură ce timpul a trecut şi intensitatea competiţiei dintre SCEH şi ASCH a scăzut, complementaritatea celor două grupuri a devenit inevitabilă, fiecare având ceva constructiv de oferit domeniului. SCEH avea comisiile, ISCEH şi o publicaţie acceptată pe scară largă, *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*. Mulţi oameni care erau membri ai ambelor societăţi au făcut presiuni pentru unificare. Până în 2005, o asemenea uniune nu a avut loc, dar vechile certuri, amărăciunea şi competiţia au dispărut. Cele două societăţi cooperează acum în multe cazuri şi programează conferinţe comune. *American Journal of Clinical Hypnosis* şi *The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* publică amândouă rapoarte despre întrunirile şi lucrările fiecărei societăţi.

ISECH a organizat întâlniri la fiecare 2-3 ani (Chicago, 1958 ; São Paulo, 1960 ; Portland, Oregon, 1962 ; Kyoto, 1967 ; Mainz, Germania de Vest, 1970 ; Uppsala, Suedia, 1973 ; Philadelphia, 1976 ; Melbourne, Australia, 1980 : Glasgow, Scoţia, 1982 ; Toronto, Canada, 1985 ; Haga, 1988 ; Ierusalim, 1992 ; Melbourne, Australia, 1994 ; San Diego, 1997 ; München, 2000 ; Singapore, 2004). În 1973 a fost reorganizată, iar numele i-a fost schimbat în International Society of Hypnosis. Atât ASCH, cât şi SCEH sunt acum afiliate la această societate.

Institutul pentru Cercetare în Hipnoză a fost şi el organizat, la început, de SCEH ca o unitate de pregătire şi cercetare. A fost autorizat de consiliul de conducere al State University din New York drept fundaţie educaţională nonprofit şi a folosit ca intermediar pentru prezentarea anumitor cursuri, ateliere sau congrese internaţionale. Institutul a dezvoltat o secţie de tratament în New York numită Centrul Morton Prince pentru Hipnoterapie. În cadrul APA, Divizia 30, cunoscută înainte ca „Hipnoza Psihologică" şi redenumită recent „Societatea de Hipnoză Psihologică", a fost şi ea organizată pentru a promova cercetarea şi practica în domeniul hipnozei. SCEH, ASCH şi, într-o mai mică măsură, Societatea de Hipnoză Psihologică au sponsorizat ateliere de hipnoză, la fel cum fac multe societăţi

locale de hipnoză. Divizia 17 a APA (Consiliere Psihologică) a pornit un Grup Special de Interes în Hipnoză în 1997. Un număr tot mai mare de şcoli medicale şi departamente ale facultăţilor de psihologie şi consiliere psihologică din marile universităţi oferă acum programe de pregătire în domeniul hipnozei. Anul 2002 reprezintă o altă piatră de hotar. Comitetul APA pentru Relaţia cu Secţiunile i-a oferit primului autor al acestui text (în calitate de preşedinte al Societăţii pentru Hipnoză Psihologică 2002-2003) o bursă de cercetare pentru a dezvolta baza integrării pregătirii hipnotice în programele de doctorat (în psihologia clinică şi consilierea psihologică). Bursa a fost constituită în cooperare cu Diviziile Multiculturale şi de Consiliere Psihologică ale APA.

În sfârşit, hipnoza a depăşit în mare măsură prejudecăţile din profesia medicală şi din mediul academic. Hipnoza este acceptată ca modalitate de tratament ştiinţifică şi legitimă. *National Institute of Mental Health* a susţinut, din 1960 şi până în 1980, cercetarea în laboratoare cum sunt cele conduse de Ernest Hilgard la Stanford, Martin Orne la Universitatea din Pennsylvania şi de Theodore X. Barber la Fundaţia Medfield. Alte cercetări şi aplicaţii clinice sunt concentrate în stabilimente medicale conduse de Facultatea de Medicină a Universităţii Harvard, unde hipnoza este analgezia non-farmaceutică standard folosită în intervenţiile radiologice (*vezi* Lang *et al.*, 2000 ; Lang şi Rosen, 2002), şi de Facultatea de Medicină a Universităţii Stanford, unde hipnoza este folosită de obicei pentru prelungirea vieţii şi alinarea durerilor provocate de cancer (vezi Spiegel, 1997). La Centrul Medical al Universităţii din California (Davis), hipnoza este utilizată în mod regulat pentru reducerea hemoragiilor şi grăbirea vindecării pacienţilor care au suferit operaţii la coloană (vezi Benett, 1993). Divizia APA – programul Societăţii de Hipnoză Psihologică de la întrunirile naţionale ale APA abundă în participanţi. Sute de membri participă la reuniunile naţionale ale SCEH şi ASCH, unde sunt prezentate cele mai recente lucrări, studii clinice, simpozioane şi ateliere de pregătire în domeniul hipnozei. Anual sunt acordate premii celor mai importanţi contributori în domeniu. Hipnoza pare să-şi fi depăşit ciclurile „avânt până la nimicire" şi este aici pentru a rămâne, stârnind curiozitatea oamenilor de ştiinţă îndreptăţiţi să-i cerceteze fenomenele stranii şi convingând practicieni vestiţi din domeniul medicinei, psihologiei şi stomatologiei să o folosească pentru a-şi ajuta pacienţii.

La final, trebuie să reamintim că etapa actuală de creştere şi acceptare a fost obţinută cu preţul multor conflicte. Pionierii acestui domeniu s-au luptat din greu pentru a-i asigura recunoaşterea şi pentru a-şi menţine propriul statut profesional. Mesmer, Elliotson, Braid şi Esdaile s-au luptat mereu cu instituţia medicinei tradiţionale. Liébeault a tratat 20 de ani în umbră. Charcot s-a implicat în controverse aprige cu doctorii din Nancy. Freud a obţinut de pe urma hipnozei prima înţelegere a proceselor inconştiente şi apoi a abandonat-o. Adepţii lui au respins-o. Disputele profesionale s-au aprins pe tema pregătirii. Societăţile de hipnoză s-au luptat între ele pentru standarde şi număr de membri şi fiecare s-a străduit să-şi obţină statutul. Practicanţii şi cercetătorii din acest domeniu au supravieţuit şi au înflorit numai dacă au putut demonstra abilităţi remarcabile şi dacă au putut să îşi păstreze integritatea profesională în faţa atacurilor şi presiunilor venite din mai multe direcţii.

Poate că toate acestea au determinat un proces de selecţie spre binele domeniului, care astăzi este populat cu mulţi medici şi oameni de ştiinţă capabili. Cele mai importante societăţi nord-americane, Societatea Europeană, Societatea Australiană, plus organizaţiile internaţionale şi numeroase societăţi din ţări individuale numără acum printre membrii lor mulţi colaboratori de frunte care contribuie permanent la cunoaşterea noastră despre această metodă fascinantă şi dezvoltă tehnici terapeutice şi mai eficiente. Dacă umanitatea este menită să supravieţuiască, înţelegerea spaţiului interior al omului se poate dovedi de o importanţă vitală în cucerirea spaţiului exterior, iar pe acest tărâm hipnoza poate juca un rol semnificativ.

Un rezumat cronologic al istoriei hipnozei

Perioada preistorică	Hipnoza este folosită probabil de omul preistoric aproape ca singurul lui tratament „medical".
Istoria antică	Hipnoza este folosită în India de yoghini şi în templele greceşti ca „terapia somnului".
Perioada medievală	Stările de transă implică delirul dansurilor şi tratamente prin „aşezarea mâinilor".
1775-1784	Mesmer dezvoltă şi aplică teoriile sale despre magnetismul animal.

1784	Comisia franceză evaluează şi respinge teoriile lui Mesmer.
1784	De Puysegur descoperă starea de somnambulism.
1821	O intervenţie chirurgicală fără durere asupra unui pacient „magnetizat" este raportată în Franţa de către Récamier.
1837-1868	Elliotson se luptă pentru acceptarea ştiinţifică şi medicală.
1841	Braid dezvoltă termenul *hipnotism* ca fenomen psihologic.
1845-1853	În Calcutta, India, Esdaile realizează peste 2.000 de operaţii pe pacienţi aflaţi sub hipnoanestezie.
1864	Liébeault începe să practice hipnoza clinică la Nancy.
1864	Phineas Quimby practică hipnoza şi i-o predă lui Mary Backer Eddy, fondatoarea Ştiinţei Creştine.
1882	Bernheim îl vizitează pe Liébeault şi este convins de valoarea hipnozei.
1882	Freud asistă la aplicarea metodei abreacţiei a lui Breuer.
1885	Bernheim publică volumul său *De la suggestion...*
1886	Şcoala de la Nancy a lui Liébeault şi Bernheim are câştig de cauză în faţa Şcolii de la Paris a lui Charcot şi se stabileşte că hipnoza este un fenomen psihologic şi nu unul magnetic.
1887	Freud începe să practice hipnotismul.
1894	Freud abandonează hipnoza şi începe să dezvolte psihanaliza.
1906	Morton Prince tratează un caz de personalitate disociată prin hipnoză.
1933	Hull publică prima lui carte despre hipnoza experimentală, *Hypnosis and Suggestibility* (*Hipnoză şi sugestibilitate*)
1933	Milton Erickson începe să publice o serie de lucrări în care descrie abordări unice şi inovatoare în hipnoterapie.
1945-1946	Watkins dezvoltă tehnici hipnoanalitice în tratarea nevrozelor cauzate de război.
1947	Hipnoza dentară începe să fie folosită în statul Minnesota.
1949	Este înfiinţată SCEH.
1953	Apare primul număr din *The Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.
1957	Este formată ASCH.

1957	Se formează American Board of Clinical Hypnosis, cu trei subcomisii : American Board of Medical Hypnosis, American Board of Hypnosis in Dentistry şi American Board of Examiners in Psychological Hypnosis.
1957	Este fondată ISCEH.
1957-1962	Există o competiţie puternică între SCEH şi ASCH.
1958	AMA aprobă folosirea terapeutică a hipnozei de către medici.
1960	Comisia Americană de Examinatori în Hipnoza Psihologică primeşte aprobarea oficială a APA.
1973	ISECH este reorganizată, îşi măreşte numărul de membri şi este redenumită Societatea Internaţională de Hipnoză.
1983-2000	O serie de studii experimentale controlate folosesc EEG-uri şi tomografii avansate pentru a dezvălui substraturile neurale ale stării de hipnoză.
1996	Evaluarea Institutului Naţional de Sănătate recunoaşte hipnoza în tratamentul durerilor cronice, insomniei şi altor tulburări şi recomandă integrarea ei în intervenţiile medicale.
2002	Comitetul APA pentru Relaţia cu Secţiunile oferă Diviziei 30 a APA – Societatea pentru Hipnoză Psihologică (în colaborare cu divizia APA de Consiliere Psihologică şi Psihologie Multiculturală) – o bursă pentru studierea integrării hipnozei în programele de pregătire doctorală.

CAPITOLUL 2

Fenomenele hipnotice

„Chiar şi cei mai buni subiecţi ai hipnozei trec prin viaţă fără să bănuiască cineva că au o asemenea abilitate remarcabilă până când, printr-un experiment deliberat, ea este făcută să se manifeste." Apoi sunt hipnotizaţi şi „nici o sugestie obişnuită din viaţa conştientă nu a preluat vreodată astfel controlul asupra minţii lor" (James, 1890, p. 600).

Majoritatea dintre noi răspund la hipnoză. De obicei, nu suntem creduli ; nici nu răspundem mai bine la placebo, presiuni sociale sau figuri autoritare decât acei nefericiţi care nu reacţionează. Mai mult, cercetările arată că răspunsul la hipnoză nu este corelat cu cele mai multe tipuri de sugestibilitate (Killeen şi Nash, 2003). Hipnoza este anterioară studiului psihologiei şi a rezistat mai mult decât aproape orice altă metodă psihoterapeutică sau medicală cunoscută de ştiinţa modernă pur şi simplu pentru că le permite oamenilor să-şi folosească talentele naturale pentru a-şi atinge scopurile, fără efectele secundare negative produse de alte metode (A. Barabasz, 2003a).

În ciuda controverselor istorice pe marginea a ce este hipnoza de fapt, mulţi sunt de acord în ceea ce priveşte fenomenele sale. Fie că este instituită ca inducţie hipnotică formală, autoindusă sau spontană, schimbările comportamentale şi de percepţie posibile odată ce un individ se află în stare de hipnoză sunt general acceptate. Capacitatea persoanelor hipnotizate de a etala comportamente neobişnuite şi de a depăşi limitele normale de funcţionare nu a încetat nicicând să-l uimească pe omul obişnuit, care observă fenomenul pentru prima oară. Chiar şi lucrătorii cu experienţă, care s-au obişnuit să observe anumite răspunsuri la hipnoză şi să vadă reacţii ce nu pot fi obţinute

în mod normal de la persoane nehipnotizate, retrăiesc frecvent un sentiment de teamă respectuoasă. Este cu adevărat uluitor să vezi posibilităţile remarcabile ale funcţiilor umane care se supun iniţierii şi unui nou autocontrol, obţinute pur şi simplu prin metoda hipnozei.

Când un grup de profesionişti cu pregătire ştiinţifică, de exemplu medici sau psihologi, văd pentru prima dată o demonstraţie a fenomenelor de transă profundă, inclusiv halucinaţii posthipnotice, amnezie sau regresie, reacţia obişnuită este una de şoc şi neîncredere. Terapeutul înfăptuieşte miracole aparent cu uşurinţă. Participanţii par să-şi amintească şi să retrăiască detalii emoţionale codate ale vieţilor lor de mult uitate. Pot dovedi tulburări de percepţie ce apar de obicei doar la pacienţii suferind de psihoze. Siliţi, pot duce la bun sfârşit activităţi pe care nu le-ar face dacă s-ar putea controla complet. Nu e de mirare că aceşti observatori obiectivi, care au fost educaţi să nu creadă în miracole, îşi simt imediat raţiunea provocată să justifice aceste întâmplări aparent ciudate. Comportamentul straniu sfidează bunul-simţ.

În încercarea de a explica cele întâmplate, unii spun că pur şi simplu nu se petrec cu adevărat, că e un truc sau că participantul joacă teatru doar pentru a-i face pe plac terapeutului şi a-i păcăli pe spectatori.

Profesioniştilor le-ar putea fi mai uşor să se retragă în explicaţii privind reacţiile disociative. Hipnoza nu poate fi ştiinţă ; ea ţine de tărâmul zânelor şi al goblinilor. Hipnoza pune în dificultate şi ideile celor cu pregătire religioasă şi deseori aceste talente naturale sunt confundate cu lucrătura diavolului. Acestea fiind spuse, este de înţeles de ce în Evul Mediu terapeuţii erau arşi pe rug pentru vrăjitorie.

Avem aici un comportament uman observabil, care este contrar aşteptărilor obişnuite, şi nu avem nici o teorie sau analiză raţională completă şi adecvată care să-l justifice. Un caracter rezonabil încurajează caracterul rezonabil. La fel, comportamentul iraţional stimulează reacţiile iraţionale. Nu este ceva neobişnuit ca începătorii în domeniu să trăiască sentimente ciudate de teamă, perplexitate, neîncredere, anxietate sau amuzament. Reacţiile primitive de transfer afectiv stârnite de fanteziile timpurii de putere şi omnipotenţă sunt frecvent mobilizate. Profesorii de hipnoterapie din clinici privesc deseori cu îngrijorare primele trăiri ale unora dintre studenţii lor care sunt brusc pătrunşi de ideea că au căpătat puteri dumnezeieşti pe care le pot folosi pentru a-i controla pe ceilalţi şi a-şi clădi prestigiul.

John Watkins a fost îngrozit o dată să afle că unul dintre studenţii din atelierul său, un medic, îşi folosea cunoştinţele pentru a hipnotiza pacienţi, le anestezia braţele şi apoi le înfigea ace în ele în faţa colegilor pentru a-i impresiona pe aceştia cu puterile lui nou-dobândite. Este dificil pentru un instructor de hipnoză serios să-şi ghideze studenţii în siguranţă între Scylla timpurie a scepticismului, pe de o parte, şi Caribda supraimplicării, pe de altă parte.

Hipnoza este un fenomen care poate stârni comportamente stranii la terapeut şi la participant. Voi, cei care citiţi această carte sau poate o studiaţi ca parte a unui curs, ar trebui să fiţi mereu atenţi la acest factor şi să vă străduiţi să vă păstraţi echilibrul emoţional, chiar dacă rămâneţi foarte curioşi şi motivaţi. Hipnoterapeuţii care au învăţat să folosească această metodă pentru a-i ajuta pe ceilalţi sunt cei care au învăţat să reacţioneze şi ei înşişi constructiv în faţa ei. Un „sine terapeutic" (J. Watkins, 1978) găseşte în hipnoză un ajutor puternic pentru propriile capacităţi de vindecare, dar un sine patologic poate folosi această metodă pentru a-şi elibera tendinţele distructive.

Lăsând la o parte orice rămăşiţe ale discuţiei legate de necesitatea existenţei unei stări alterate pentru a scoate la lumină comportamente hipnotice, să adoptăm poziţia majorităţii terapeuţilor care folosesc hipnoza (A. Barabasz, 2000; E. Hilgard, 1992; Kirsch, 1993; Spiegel şi Spiegel, 2004). Aşa cum arată EEG-urile şi studiile tomografice discutate în capitolul următor, recunoaştem că o asemenea stare poate fi determinată să se manifeste. Acum, să presupunem că hipnoza a fost indusă şi aprofundată (prin una din tehnicile ce vor fi descrise în capitolele următoare) şi că terapeutul administrează acum sugestii menite să influenţeze reacţiile participantului. Vom presupune şi că a fost asigurată o transă de o profunzime moderată. Ce răspunsuri hipnotice sunt posibile acum?

Comportamentul motor

Una dintre caracteristicile hipnozei este o pierdere a simţului critic. Astfel, dacă terapeutul va spune „te vei aşeza pe podea şi îţi vei încrucişa picioarele", participanţii vor acţiona ca şi cum ar fi obligaţi – mai precis, ca şi cum ei nu ar mai fi „critici" sau capabili să reziste manifestării unui astfel de comportament bizar, aşa cum ar fi dacă s-ar afla în stare nonhipnotică (vezi figura 2.1).



(a)



(b)



(c)

Figura 2.1. Mâna mişcată forţat. (a) Sub hipnoză, participantei i se spune că mâna ei dreaptă se va mişca în sus şi în jos şi că nu se va putea opri după ce va ieşi de sub hipnoză până când terapeutul nu va atinge mâna. Terapeutul face sugestia hipnotică şi nonverbal, iniţiind mişcarea ducând mâna în sus şi în jos. (b) Participanta este scoasă de sub hipnoză şi este surprinsă să-şi vadă mâna mişcându-i-se automat. (c) Participanta este amuzată când vede că nu îşi poate opri mâna să se mişte în sus şi în jos.

Orice alt comportament motor poate fi sugerat şi, dacă sunt capabili din punct de vedere fizic, probabil participanţii îl vor manifesta ca şi când ar fi un automat conştiincios. Uneori, ei pot fi determinaţi să se comporte într-un fel care depăşeşte limitele funcţionării normale. Watkins şi Showalter au relatat cazul unei participante de 19 ani căreia i s-a spus că are 29 de ani, că este un geniu şi că şi-a obţinut doctoratul la o universitate vestită. Atunci ea a putut citi cu o viteză şi o

uşurinţă uimitoare şi şi-a crescut viteza de lectură cu 63% fără nici o diminuare a înţelegerii (vezi LeCron, 1968, p. 159). Acest răspuns a fost supus investigaţiilor experimentale controlate asupra unui grup de participanţi şi a fost complet susţinut (Barabasz şi Barabasz, 1994b). Totuşi, creşterile au fost menţinute doar pentru o scurtă perioadă de timp.

Participantul căruia i s-a sugerat o activitate de îndeplinit, cum ar fi să meargă în celălalt capăt al camerei şi să studieze o anumită carte, de obicei o duce la bun sfârşit ca şi cum nu ar exista nici o altă posibilitate. Astfel de participanţi pot fi incapabili să îşi amintească, după ce au ieşit din starea de hipnoză, că au îndeplinit vreodată acea activitate. Uneori, când starea hipnotică este foarte puţin profundă sau din anumite motive ce ţin de funcţionarea internă şi care îi sunt necunoscute terapeutului, participantul va rămâne nemişcat şi va refuza să îndeplinească activitatea. Persoana se află, de fapt, în stare de hipnoză, dar nu răspunde şi se pare că sugestia a fost înregistrată şi procesată, inhibarea acţiunii sugerate se poate să fi fost dobândită cu preţul anxietăţii şi conflictului interior. Asemenea reacţie din partea participantului poate fi folosită pentru a întări în continuare raportul sau, sperăm noi, rezonanţa dintre participant şi terapeut, interpretând că incidentul demonstrează cum hipnoza rămâne, în ultimă instanţa, sub controlul participantului. Într-adevăr, aşa cum subliniază Spiegel şi Spiegel (2004), orice hipnoză este, în esenţă, autohipnoză. Terapeutul priceput şi atent fie va înlătura sugestia care nu a fost executată, fie va instrui pur şi simplu participantul, în timpul sau după hipnoză, să o îndeplinească. O sugestie nerezolvată îl poate lăsa pe individ împovărat cu tulburări după terminarea sesiunii. În timpul primei mele (A.F.B.) pregătiri în domeniul hipnozei, instructorul meu, după ce a indus şi aprofundat starea de hipnoză, a sugerat că cineva din clasă are o monedă în palmă. Studentul a spus că nu simte nici o monedă. Din păcate, instructorul meu a uitat să înlăture sugestia. Mai târziu, în acea noapte, studentul l-a sunat să îl întrebe despre faptul că „simţea ceva cald" în palmă. Moneda sugerată prin hipnoză începuse să se încălzească puţin în mâna lui! Uşurarea a venit abia după ce mentorul meu a înlăturat sugestia. Într-un alt caz interesant, unul dintre participanţii lui John Watkins nu a îndeplinit sugestia de a ridica o ceaşcă de ceai şi de a o pune jos. A părut mulţumit să menţioneze că a rezistat cu succes sugestiei. Totuşi, a doua zi a povestit că în acea noapte nu a putut să doarmă.

Prin urmare, eşecul în îndeplinirea unei sugestii hipnotice poate însemna că pur şi simplu ea nu a fost auzită. Cu toate acestea, poate însemna că starea de transă nu a fost destul de profundă pentru a induce diminuarea simţului critic sau că o nevoie de a rezista a pacientului a fost mobilizată. Credem că aceasta este o problemă comună la un număr mare de studii universitare ale fenomenelor hipnotice care folosesc studenţi neexperimentaţi pentru a induce hipnoza şi a colecta date. În orice caz, asigură-te că ai înlăturat orice sugestii neîndeplinite.

Comportamentele compulsive nu sunt singurele sugestii care pot fi făcute ; inhibiţiile compulsive pot fi şi ele sugerate. Participanţii hipnotizaţi cărora li se spune că nu se pot ridica de pe scaun pot fi chiar incapabili să facă asta, indiferent cât de mult încearcă. Persoanele cărora li se spune că nu îşi pot rosti numele se pot trezi incapabile să răspundă. Sugestiile hipnotice ale comportamentului inhibitor au fost folosite în tratamentele împotriva fumatului, bulimiei, alcoolismului sau altor obiceiuri dăunătoare şi dependenţe. Există complicaţii care pot interveni când sugestia hipnotică este folosită pentru a contracara reacţii normale sau răspunsuri obişnuite, şi de aceea terapeuţii ar trebui să aibă o pregătire psihologică şi să fie rafinaţi. Cei care folosesc hipnoza în practică acţionează, mai întâi, conform pregătirii lor ca psihologi, medici sau dentişti. Orice sugestie reprezintă o intervenţie într-un sistem de echilibru uman. Este posibil ca răspunsurile anterioare, fie ele şi inutile, să fi fost date din anumite motive. Intervenţia asupra lor prin sugestie hipnotică ce obligă sau inhibă pot schimba acel echilibru şi poate declanşa o serie de reacţii secundare care pot fi mai rele decât cele pe care sugestiile îşi propun să le înlăture.

Uneori, terapeutul încearcă să înlesnească sau să îmbunătăţească un comportament prin sugestie. În timpul celui de-al doilea război mondial, John Watkins, ca psiholog al armatei, i-a sugerat unui soldat că ar avea o vedere excepţional de limpede şi o mână sigură în timp ce exersează în poligonul de tragere. În acea zi, soldatul a obţinut un scor aproape perfect şi s-a calificat drept „expert", un nivel cu mult mai mare decât ceea ce obţinuse până atunci. Acea îmbunătăţire temporară a comportamentului obţinută prin hipnoză a fost demonstrată atât de des, încât nu mai are nevoie de dovezi. Totuşi, mai trebuie făcute multe cercetări asupra condiţiilor care preced sau însoţesc administrarea cu succes a sugestiilor şi asupra

duratei potenţiale a acestora. Există o mare variabilitate. S-a relatat o sugestie făcută unui individ hipnotizat care a fost îndeplinită 30 de ani mai târziu.

Trebuie subliniat că uneori sugestiile ţintesc direct să schimbe un comportament anume : „Te vei ridica de pe scaun şi vei căsca". În alte dăţi este sugerată o situaţie care are drept consecinţă un comportament dorit ; de exemplu : „Muşchii tăi sunt obosiţi şi înţepeniţi", făcându-i pe indivizi să se ridice de pe scaune, să se întindă şi să caşte.

Influenţarea atitudinilor

Sugestiile hipnotice intenţionează uneori să modifice atitudini care stau în spatele comportamentului, mai de grabă decât comportamentul în sine. Astfel, o sugestie direcţionată spre îmbunătăţirea moralului – „Vei începe să speri că te vei însănătoşi şi îţi vei considera doctorii sincer interesaţi să te ajute" – poate avea efectul de a stimula un comportament mai cooperant din partea unui pacient spitalizat.

Nu este posibil doar să îi convingi pe oameni să se concentreze mai mult când studiază sau să se motiveze pentru un nivel mai crescut de beneficii, persoanele pot fi ajutate prin hipnoză să gândească selectiv. Reportaje de televiziune au arătat că nord-coreenii au făcut ceva de genul acesta spălând creierele prizonierilor de război, astfel încât ei să perceapă informaţiile pe care le primeau ca fiind doar antiamericane şi procomuniste. Aceeaşi strategie a fost folosită în celebrul caz al cardinalului Mindszenty în Budapesta, în anii '50. Prin intermediul a ceea ce s-a numit spălarea creierului prin hipnoză, el a fost determinat să renunţe la credinţele sale şi să se autoincrimineze în timpul unui proces pus în scenă de regimul comunist. Mai recent, soldaţii chinezi care au atacat şi capturat studenţi ce se retrăgeau din piaţa Tiananmen au fost supuşi zile întregi la dezinformări monotone, sistematice, în legătură cu studenţii, în timp ce erau ţinuţi într-o staţie de tren. Presiuni de natură hipnotică pot astfel să fie folosite în scopuri malefice sau benefice.

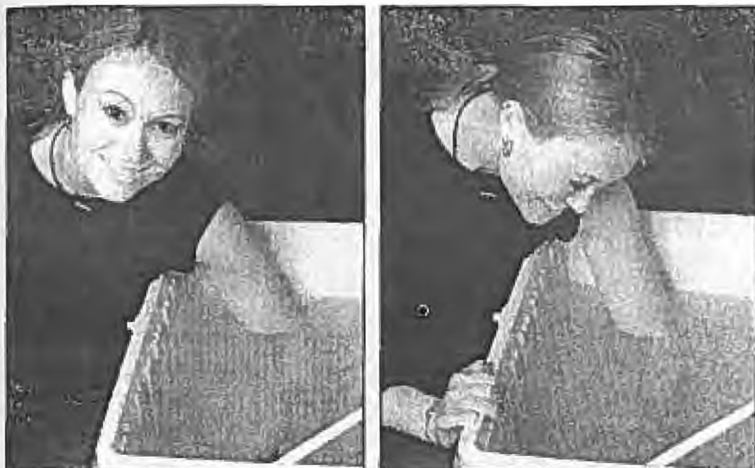
Schimbarea percepţiilor

Comportamentele simple se pot manifesta doar în urma indicaţiilor, fără hipnoză, doar prin sugestie sau ca simplă consecinţă a nevoii individului de a-şi mulţumi terapeutul jucând un rol (Sarbin, 2004). Totuşi, hipnoza este necesară pentru obţinerea prin sugestie a unor tulburări de percepţie mai complexe. Când se produc prin hipnoză astfel de schimbări, ele sunt surprinzătoare şi uneori alarmante pentru participant. Asemenea schimbări ale percepţiei sunt cele mai convingătoare cu privire la forţa hipnozei.

Cercetările de până acum indică faptul că hipnoza este folosită mai ales pentru a influenţa percepţiile direcţionate împotriva durerii. Este uimitor pentru observatorii profani să îi audă pe terapeuţi spunându-le pacienţilor lor : „Când o să număr până la cinci vei fi perfect treaz, alert şi nu vei mai avea durerea de cap care te-a deranjat". Oamenii ies de sub hipnoză zâmbind şi spun : „Acum nu mă mai doare". Durerea chiar a încetat sau spun asta doar ca să îi facă pe plac terapeutului ? Schimbă cu ceva faptul că semnalmentele fiziologice ale durerii pot fi încă prezente ? Aşa cum a subliniat E. Hilgard (1992), durerea este o suferinţă ; iar când suferinţa dispare, durerea dispare.

Hilgard şi Hilgard (1975) au făcut câteva experimente controlate cu grijă care arată destul de concludent că la nivel conştient pacientul într-adevăr nu mai simte durerea. Totuşi, la nivel inconştient durerea pare să fie înregistrată. Jucătorul de fotbal care termină un meci deşi suferă de o fractură de claviculă nedescoperită demonstrează acelaşi fenomen. Deşi o durere este înregistrată organic într-o parte a corpului, persoana trebuie să o înregistreze la un nivel mai înalt al activităţii cerebrale înainte de a simţi că îl doare (Hilgard, 1992). Dacă este disociată de centrii de percepţie, individul nu percepe durerea. O asemenea capacitate de blocarea a stimulilor durerii este în mod curent obţinută prin hipnoză în clinica de intervenţie radiologică a Facultăţii de Medicină de la Harvard (Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston) (Lang şi Rosen, 2002) şi îi poate fi de mare ajutor unui pacient suferind. Mai mult, anestezia sau analgezia indusă hipnotic într-o anumită parte a corpului poate fi transferată către alte părţi din trup prin frecarea acestora (sau punerea lor în contact) cu zona anesteziată (vezi figura 2.2).

Faptul că prin hipnoză este posibilă o asemenea mânuire a percepţiei durerii nu înseamnă că toţi pacienţii o pot obţine. Nu este mai puţin



(a) (b)

Figura 2.2. Anestezia mâinii. (a) Fără anestezia hipnotică, mâna stângă a participantei doare la introducerea în apa rece ca gheaţa. (b) Datorită anesteziei posthipnotice, mâna participantei nu mai doare din cauza apei reci ca gheaţa.

adevărat că majoritatea studiilor susţin descoperirea conform căreia toţi, în afara celor mai puţin hipnotizabili, pot beneficia de ea la un nivel substanţial. Diferenţele în ceea ce priveşte hipnotizabilitatea, profunzimea transei la care poate ajunge un pacient, abilitatea terapeutului şi mulţi alţi factori vor determina exact cât de mult este diminuată durerea unui pacient anume. Există o variabilitate foarte mare.

Halucinaţiile pot fi induse pacienţilor susceptibili la hipnoză. De exemplu, li se poate spune că vor auzi voci care îi strigă pe nume, că vor auzi o muscă bâzâind în apropiere sau că vor simţi miros de flori şi verdeaţă (vezi figura 2.3).

În schimb, Milton Erickson (1938a, 1938b) a folosit hipnoza pentru a sugera surzenia totală, astfel încât participantul nu a tresărit la un zgomot puternic. Cu mult timp în urmă, Kline, Guze şi Haggarty (1954) au arătat că această surzenie aparentă, similară cu cea pe care o regăsim în cazul isteriei, nu poate fi egalată cu deficienţele de auz organice (vezi şi Kramer şi Tucker, 1967). Pentru o vreme, înţelegerea noastră privind acest fenomen a fost şi mai neclară când raportul Erickson a fost pus sub semnul întrebării de un experiment inteligent. Scheibe, Gray şi Keim (1968) au folosit



Figura 2.3. Halucinație olfactivă. (a) Hipnotizată, participantei i se spune să inspire adânc un parfum minunat. Acum ea se bucură de parfumul care este, de fapt, amoniac.

proiectul simulatorului real (vezi Barabasz şi Barabasz, 1992) al lui Orne (1979) şi le-au cerut unor persoane nehipnotizate să simuleze faptul că se află sub hipnoză. Această formă de influenţă socială, cunoscută drept caracteristica cerinţei experimentale (*experimental demand characteristics*), i-a determinat să aibă aproximativ acelaşi comportament chiar dacă nu erau hipnotizaţi. Vai ! Se pare că jocul de rol cu influenţă socială, mai degrabă decât efectul hipnotic, poate justifica aparenta surzenie.

Abia câteva decenii mai târziu avansul în măsurătorile şi analizele EEG a făcut posibil studiul fenomenului pentru a determina cum poate hipnoza să schimbe modul în care creierul răspunde halucinaţiilor privind surzenia. Jocul de rol nu mai este o explicaţie viabilă pentru cei care chiar au experimentat hipnoza. Noi (A. Barabasz *et al.*, 1999 ; Jensen, Barabasz, Barabasz şi Warner, 2001) am descoperit că atunci când persoanele cu un grad ridicat de susceptibilitate la hipnoză erau profund hipnotizate şi li se sugera surzenia totală *versus* sugestia de a-şi imagina că au dopuri în urechi care atenuează sunetele produse de un generator computerizat, activitatea cerebrală EEG reacţiona în sensuri opuse. Pentru că halucinaţia surzeniei totale era contrară răspunsului creierului la hipnoză (participanţii trebuie să audă sunetul înainte de a-l bloca la nivelul controlului activ ; vezi E. Hilgard, 1992 ; Spiegel şi Barabasz, 1988), participanţii

au fost surprinşi că au auzit ceva. Efectul surprizei a cauzat o creştere a potenţialelor lor EEG legate de eveniment. Când au primit sugestia privind dopurile de urechi s-a întâmplat exact opusul, iar creierul a reacţionat prin scăderea potenţialelor legate de eveniment. Descoperirile au corespuns experimentelor controlate care au folosit halucinaţii olfactive şi halucinaţii vizuale (A. Barabasz *et al.*, 1999 ; Barabasz şi Londsdale, 1983 ; Spiegel, Cutcomb, Ren şi Pribram, 1985). Cei care insistă în continuare că hipnoza nu e nimic mai mult decât un produs al influenţei sociale ar putea considera că participanţii de control nehipnotizabili din toate aceste studii au fost, în cel mai bun caz, capabili să simuleze răspunsuri publice. Nu au putut să-şi schimbe EEG-urile aşa cum au făcut-o cei care experimentau starea hipnotică. Influenţa socială nu poate produce schimbările în potenţialele EEG legate de eveniment care au apărut doar la participanţii cu cel mai înalt grad de hipnotizabilitate, în condiţiile hipnozei. Efectul atenuării auditive a fost testat încă o dată (A. Barabasz, 2000) într-o situaţie în care indivizilor li s-a dat mai întâi sugestia într-un context lipsit de hipnoză. Din nou, potenţialele legate de eveniment au putut fi modificate doar în condiţiile unei hipnoze veritabile, dar nu în condiţiile unui context hipnotic, în care s-au folosit sugestii identice. Studiul arată că inducţia hipnotică, în condiţiile unei hipnoze profunde, produce efect mult peste cele care ar putea fi produse doar prin sugestie sau influenţă socială.

Şi mai dramatice sunt efectele hipnozei ce apar când sunt induse halucinaţii vizuale (vezi figura 2.4) negative – „Nu vei putea să vezi pe nimeni din această cameră” – sau pozitive – „Vei vedea un câine mare şi alb stând în mijlocul camerei”.

Persoanele profund hipnotizate răspund atât de realist, încât este chiar uimitor să le priveşti. Totuşi, participanţii pot experimenta o formă de amnezie la ieşirea din starea de hipnoză, tăgăduind orice conştienţă a halucinaţiei. De exemplu, unele persoane vor spune la ieşirea de sub hipnoză : „Exista ideea unui câine alb în mintea mea, ca un vis. Îl puteam vedea chiar dacă ştiam că, în realitate, nu e acolo”. O altă reacţie pe care o pot avea participanţii la ieşirea de sub hipnoză poate fi negarea completă a comportamentului lor. Acei participanţi cu cele mai înalte grade pe scara hipnotizabilităţii pot chiar să aibă halucinaţii pozitive sau negative cu indicatori clari ai activităţii cerebrale (A. Barabasz *et al.*, 1999 ; Spiegel şi Barabasz, 1988), care reflectă subiectivitatea trăirilor individuale, mai degrabă decât o corelaţie hipnotizat-nehipnotizat (vezi figura 2.5).


(a)


(b)


(c)


(d)

Figura 2.4. Halucinaţie vizuală. (a) Hipnotizată, participantei i se sugerează posthipnotic că pe masă, în faţa ei, se află un iepure. (b) Răspunzând posthipnotic, participanta mângâie iepurele. (c) Participanta arată cât de lung este iepurele. (d) Semnalul stabilit prin care terapeutul atinge umărul participantei înlătură sugestia posthipnotică. Participanta este amuzată când descoperă că iepurele a dispărut.

O demonstraţie obişnuită a sugestiilor care distorsionează simţul olfactiv este să li se spună persoanelor hipnotizate că vor mirosi un parfum cât se poate de frumos. Apoi le este pusă sub nas o sticlă de amoniac. Dacă transa este îndeajuns de profundă, indivizii vor zâmbi


(a)


(b)


(c)

Figura 2.5. Halucinație posthipnotică negativă. (a) Sub hipnoză, participantei i se spune că terapeutul este invizibil. Cartea pe care o ține terapeutul pare să plutească în aer. (b) Terapeutul mișcă volumul în sus și în jos, iar participanta râde când vede cartea plutind de una singură în sus și în jos. (c) Sugestia hipnotică este înlăturată de terapeut, care îi atinge umărul participantei și participanta chicotește surprinsă când terapeutul îi devine vizibil.

și vor descrie acest „parfum minunat". Mai târziu, dacă li se spune că vor mirosi amoniac și le este pusă sub nas o sticlă cu apă, reacțiile pot implica grimase și retragerea violentă, ca și cum lichidul ar fi într-adevăr amoniac. Mai mult, simțul gustului poate fi și el schimbat, astfel încât dacă indivizilor li se spune că se vor bucura de aroma unui „măr bun", dar în realitate primesc o bucată de lămâie, vor mânca lămâia cu multă poftă și vor spune cât de savuros a fost

„mărul". În plus, halucinaţiile gustative au fost folosite pentru a schimba gustul mâncării nesănătoase şi a adăuga aromele dorite, cum ar fi cea de unt, fără untul propriu-zis, la mâncărurile sănătoase în cazul pacienţilor mei (A.F.B.) aflaţi în tratament pentru controlul greutăţii.

Oricare dintre aceste simţuri poate fi influenţat sub hipnoză. Gradul de influenţă poate varia de la uşoare schimbări la halucinaţii profunde, care sunt uluitoare pentru observatori şi foarte înşelătoare pentru participanţi. Se pare că s-au făcut puţine pentru a cerceta cât de mult pot dura asemenea distorsiuni severe. Este evident că pentru a insista că un câine este prezent când el nu se află acolo sau pentru a susţine că nu se află nimeni într-o cameră care este, de fapt, plină cu oameni, o persoană are nevoie de multă energie în negarea realităţii, recurgând la aspectele disociative şi de concentrare a atenţiei ale transei hipnotice. În fiecare situaţie există limite legate de susceptibilitatea la hipnoză a persoanelor şi de intenţia relaţiei lor cu terapeutul. Dacă terapeutul îşi măsoară puterea autorităţii cu realitatea, apropierea de participant trebuie să fie destul de intensă sau participantul îşi va abandona doctorul în locul realităţii („Doctore, ştiu că mi-ai spus să văd un câine acolo, dar nu îl văd"). Fără îndoială, această variabilă a avut un rol în unele studii de laborator ale hipnozei ducând la interpretarea greşită conform căreia doar influenţa socială poate funcţiona odată ce transa hipnotică, dacă este obţinută în primul rând cu adevărat de către cercetător, este cedată controlului suprem, care întotdeauna îi aparţine, la un anumit nivel, participantului.

Nu doar percepţiile de cald sau frig (simţul termic), dar şi temperaturile corporale au fost influenţate hipnotic (Barabasz şi McGeorge, 1978; Maslach, Marshall şi Zimbardo, 1972). Dacă participanţilor li se spune că încălzirea a fost dată la maxim, că devine insuportabilă şi se simt ca şi cum s-ar afla într-un cuptor, îşi vor face vânt, vor transpira, îşi vor sufleca mânecile şi aşa mai departe. Dacă este sugerată imaginea unui viscol, vor tremura, se vor înghesui pentru a-şi ţine de cald, îşi vor încălzi mâinile sau vor avea alte comportamente corespunzătoare.

Sugerându-le unor persoane că mâinile le-au fost puse într-un bazin cu apă caldă, le creştem temperatura pielii la nivelul mâinilor cu peste 4°C, aşa cum a fost măsurat cu ajutorul instrumentelor. La prima vedere, toate acestea par miraculoase – dar dacă luăm în considerare că descriind cuiva o situaţie îngrozitoare sau arătându-i

un film înspăimântător glandele suprarenale vor creşte secreţia de adrenalină în fluxul sangvin, fenomenul nu mai pare atât de neobişnuit. Tehnica încălzirii hipnotice a mâinii a fost folosită ca adjuvant în tratarea migrenelor (A. Barabasz, 1977), preîntâmpinând necesitatea ca pacienţii să fie dependenţi de mecanisme elaborate de biofeedback sau de medicamente cu efecte secundare periculoase.

Influenţarea proceselor autonome

Pot fi date sugestii direct pentru comportamente care necesită activitatea muşchilor striaţi. De obicei, funcţionarea organelor trebuie influenţată indirect, descriindu-i participantului situaţii emoţionale care în mod normal ar stimula o astfel de activitate (Ikemi şi Nakagawa, 1962). Astfel, sugestia foamei combinată cu imagini ale unor mâncăruri savuroase va determina o creştere a acidităţii gastrice (Hall, 1967).

Pulsul şi tensiunea arterială pot fi modificate folosind hipnoza, dar efectele produse până acum au fost mai degrabă trecătoare decât cu o valoare terapeutică în cazul pacienţilor pentru care un asemenea control ar putea fi folositor. Într-un caz extrem, Bernard Raginsky (1963) a relatat o încetare completă a funcţionării inimii pe durata retrăirii prin regresie hipnotică a unei situaţii emoţionale anterioare. Salivarea poate fi crescută sugerându-li-se participanţilor să vizualizeze că muşcă dintr-o portocală gustoasă şi zemoasă sau poate fi scăzută când participanţilor li se spune că au în gură biscuiţi uscaţi. Această manevră le-a fost utilă unor pacienţi în timpul tratamentelor stomatologice.

Influenţarea dispoziţiei şi afectului

Unul dintre cele mai frecvente simptome pentru care pacienţii îi consultă pe psihiatri şi psihologi este depresia. Pentru că depresia este bazată, de obicei, pe o vină profundă sau pe o furie inhibată, arareori terapia prin sugestie directă reuşeşte să obţină o rezolvare definitivă. Totuşi, îmbunătăţiri temporare ale dispoziţiei pot furniza creşterea şi revigorarea speranţei, care apoi pot fi folosite în avantajul terapiei. Persoanele maniace pot fi şi ele liniştite pentru un timp, crescând astfel probabilitatea ca ele să coopereze în programele de

tratament. O depresie continuă, dar nu severă, poate fi înlăturată pentru o zi permiţându-i, de exemplu, unui student să treacă un examen crucial. În ultimul deceniu s-au făcut progrese considerabile în utilizarea hipnozei pentru a îmbunătăţi tratamentul cognitiv--comportamental al depresiei (Yapko, 1992, 1997).

Influenţarea cogniţiei

Este destul de evident pentru toată lumea că societatea, orientarea, teoriile sau poziţia politică adoptate de o persoană îi influenţează modul de a gândi. O ştire economică va fi evaluată destul de diferit de un conservator faţă de un liberal. Nu doar percepţiile, dar şi cunoştinţele sunt filtrate selectiv de către sisteme prestabilite. Prin urmare, nu este surprinzător că hipnoza nu ne poate schimba uşor sau repede convingerile. Totuşi, sugestiile abile induse persoanelor aflate sub hipnoză vor avea deseori ca rezultat modificarea cunoştinţelor selective. Instrucţiunile specifice de a se concentra şi de a se gândi la interpretarea dată de terapeut pot, de multe ori, avea ca rezultat convingerea lor că au greşit în judecata anterioară şi dorinţa de a-şi schimba punctul de vedere mai repede decât ar fi făcut-o dacă argumentele le-ar fi fost prezentate în starea de conştienţă nonhipnotică. Hipnoza nu provoacă o schimbare magică sau o răsturnare instantanee a convingerilor preexistente, dar oferă o modalitate de a influenţa puternic procesul de gândire. Tocmai această abilitate, pe care hipnoza o prezintă psihoterapeutului antrenat să lucreze cu ea, reprezintă oportunitatea de a scurta timpul de obţinere a unor schimbări terapeutice constructive în cazul multor pacienţi. Terapia hipnoanalitică, deşi nu este potrivită pentru toţi pacienţii, tinde să progreseze mult mai rapid decât terapia psihanalitică tradiţională (Watkins şi Watkins, 1997).

Amnezia posthipnotică, hipermnezia şi regresia

O caracteristică tipică a persoanelor profund hipnotizate este apariţia spontană, imediat după ieşirea din transă, a unei amnezii aparente cu privire la tot ceea ce s-a întâmplat în timp ce se aflau în starea hipnotică. Cel mai frecvent este parţială, dar poate fi şi totală. De asemenea, poate fi şi selectivă, însemnând că, uneori, participantul

îi spune terapeutului că nu poate să-şi amintească, dar îşi aduce aminte atunci când este întrebat de alţii. Asta ne face să ne întrebăm dacă amnezia este reală sau falsă. Alteori, sugestia dată de terapeut de a nu-şi aminti poate genera o amnezie privind evenimente hipnotice pe care, în mod normal, participantul şi le-ar aminti (cea mai amănunţită reflectare ştiinţifică a amneziei rămâne cea făcută de Kihlstorm şi Evans, 1979).

Deşi mai sunt controverse în legătură cu analiza raţională teoretică a acestui fenomen, se pare că există un acord substanţial cu privire la faptul că nu este acelaşi lucru cu simpla uitare (E. Hilgard, 1977 ; Orne, 1966). Astfel, cercetătorii au considerat acest fenomen un produs al sugestiei hipnotice, direct sau implicit, şi, de asemenea, o formă aparte de disociere. Kline (1966) a scos în evidenţă nevoile psihodinamice ale participantului drept cauză iniţiatoare, în timp ce Wright (1966) a atras atenţia asupra relaţiei interpersonale unice dintre terapeut şi participant. J. Watkins (1966) a privit selectivitatea amneziei (în special pe cea legată de terapeut *versus* ceilalţi) ca aparţinând configuraţiilor intrapersonale sau „strategiilor eului" care „uită" ceea ce este incompatibil din punct de vedere cognitiv între starea hipnotică şi cea posthipnotică. Deseori, participanţii îşi vor aminti un subiect sugerat în timpul hipnozei, dar vor manifesta „amnezia sursei" (*source amnesia*) ; adică vor uita unde l-au auzit prima dată. Amnezia sursei a fost propusă drept criteriu pentru a distinge persoanele cu adevărat hipnotizate de cele care simulează.

Între cele mai surprinzătoare fenomene ale hipnozei pentru un neiniţiat se află hipermnezia sau abilitatea multor persoane de a reconstrui, după câte se pare, amintirea detaliilor din viaţa lor de odinioară, pe care nu au putut să şi le aducă aminte în mod normal. Cei profund hipnotizaţi pot fi chiar capabili să îşi numească fiecare coleg din clasa întâi şi să descrie cât se poate de limpede toate caracteristicile sălii de clasă. Ar putea fi capabili să recite poezii pe care le-au învăţat în şcoala primară şi pe care nu le-au mai repetat de mulţi ani. Un director de şcoală în vârstă de 40 de ani a fost întrebat (de J.G.W.) dacă a „ţinut vreodată un discurs" pe când era în şcoală. A declarat că a fost şef de promoţie în clasa a VIII-a. Totuşi, cu toate eforturile conştiente, nu şi-a putut aminti nici măcar titlul cuvântării sale. După ce a fost instalată transa hipnotică profundă, aparent a regresat în clasa a VIII-a şi, odată „prezentat pe podiumul de absolvire", a ţinut un discurs de 15 minute demn de un băiat

inteligent în vârstă de 14 ani. Nu a existat nici o ezitare în prezentarea lui, iar discursul a fost de aşa natură încât era de negândit că a fost născocit pe loc, doar pentru a-i face pe plac terapeutului. După aceea, a confirmat titlul şi conţinutul. Cu toate acestea, în continuare nu a fost capabil să-l reproducă fără să intre în stare hipnotică. Într-un alt caz, o individă de 30 de ani s-a aşezat la pian şi a interpretat piesa pe care o cântase la primul ei recital, la vârsta de 13 ani. Înainte de a fi hipnotizată şi după aceea şi ea a fost complet incapabilă să execute piesa respectivă.

Hipermnezia este mult mai uşor de obţinut decât regresia. În cazul acesteia din urmă, pare să se întâmple o reexperimentare a emoţiilor şi mişcărilor care se presupune că au însoţit evenimentul original. Fenomenul hipermneziei pare să fi fost bine susţinut experimental (E. Hilgard, 1965). Este acceptat şi folosit în practica medicală pe scară largă. Totuşi, în ciuda nivelului ridicat de emoţie, îndeajuns de convingător, care poate însoţi amintirile reconstruite hipnotic, nu este mai probabil ca acestea să fie mai corecte decât în cazul celor reclădite pe cale nonhipnotică (Hilgard şi Loftus, 1979 ; Orne, 1979).

Adevărul privind regresia hipnotică rămâne şi el controversat. Mulţi hipnoterapeuţi o folosesc în practica medicală (Watkins şi Watkins, 1997). Un anumit participant poate prezenta o regresie adevărată sau aparent reală, un altul poate prezenta o regresie parţială, iar un alt participant poate prezenta doar una simulată. Mai mult, aceeaşi persoană poate manifesta diverse grade de implicare în regresie în diferite momente. (Experimentaliştii nu au reuşit întotdeauna să obţină în timpul studiilor lor de laborator controlate tipul de experienţă regresată raportată de medici în cazul pacienţilor lor.) Prin urmare, unii o consideră un produs artificial, un fel de „a se purta ca şi când". Până la această dată există doar un singur studiu experimental de laborator, controlat, care să facă lumină în această chestiune (A. Barabasz *et al.*, 2003).

Watkins a hipnotizat o dată o studentă în anul doi, în vârstă de 19 ani, şi a făcut-o să regreseze la vârstele de 6, 9, 12 şi 14 ani. La fiecare dintre aceste regresii i-au fost făcute teste standard de citire, iar mişcările ochilor ei au fost fotografiate cu un oftalmograf. Când a regresat prin hipnoză la vârsta de 6 ani şi 10 luni (iunie, la sfârşitul clasei întâi), a demonstrat o vârstă de citire de 6-10 ani în recunoaşterea cuvintelor, 7-3 în citirea propoziţiilor şi 7-4 în citirea paragrafelor, conform *Gates Primary Reading Tests*. Când s-a întors

la vârsta de 8-10 ani (iunie, la sfârşitul clasei a treia), a atins un nivel de citire de 9-6 din punctul de vedere al vocabularului, 9-10 ca nivel de înţelegere şi 7-9 din punctul de vedere al vitezei de lectură potrivit *Gates Reading Survey*. Asta a dus la o medie de vârstă de 8-10 ani a abilităţilor generale de citire. Specialiştii în citire, fără să ştie vârsta reală a participantei şi scopul demonstraţiei experimentale, au evaluat mişcările ochilor ei ca fiind tipice pentru un copil de clasa întâi, respectiv a treia (vezi figura 2.6).

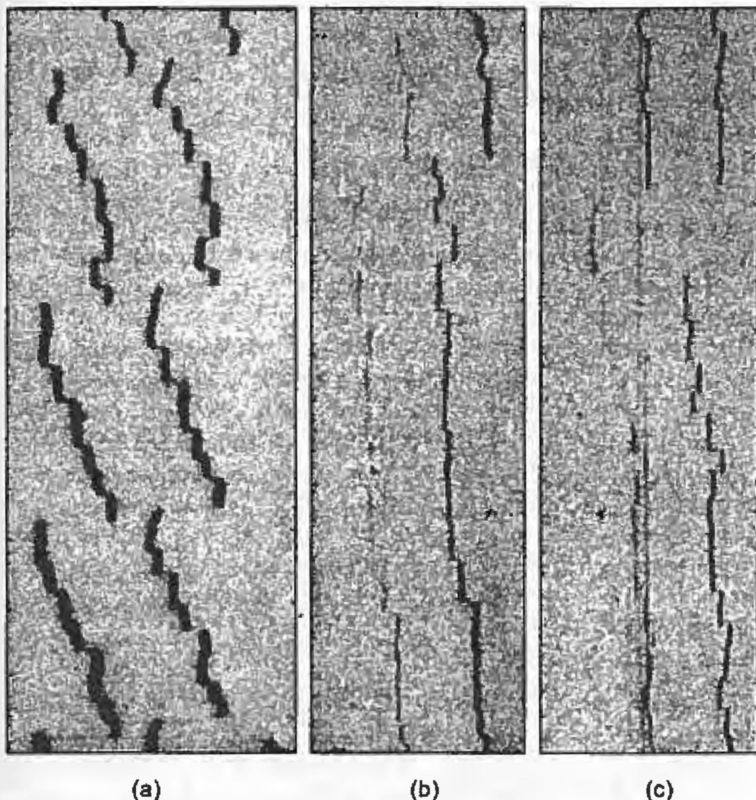


Figura 2.6. Fotografii ale mişcărilor oculare ale participanţilor la experiment. (a) Mişcarea ochilor unui student normal în timp ce citeşte. (b) Mişcarea ochilor aceluiaşi participant în timp ce citeşte aflat, prin regresie hipnotică, în clasa a treia. (c) Mişcarea ochilor aceluiaşi participant în timp ce citeşte aflat, prin regresie hipnotică, în clasa întâi.

La vârste mai mari se pare că există diferențe mai mari între punctajul obținut de ea la citit și ceea ce ar fi de așteptat pentru vârstele respective. Un studiu cu adevărat definitoriu ar implica compararea punctajelor și a fotografiilor cu mișcările ochilor obținute în timpul regresiei hipnotice cu cele făcute cu ani înainte, pe când participanții chiar aveau vârsta la care au fost întorși prin hipnoză (LeCron, 1968).

Regresia la o anumită vârstă este strâns legată de hipermnezie și, de obicei, se observă o creștere a numărului de detalii amintite în cazul participanților sau pacienților care au regresat prin hipnoză. Totuși, faptul că persoana hipnotizată este foarte susceptibilă la influențele prin sugestie pune la îndoială măsura în care retrăirea experiențelor trecute poate să fi fost inițiată sau alterată de influența terapeutului. Atât cercetătorii, cât și terapeuții trebuie să fie extrem de atenți să evite sugerarea unor fapte care nu s-au petrecut. Participanții aflați în regresie pot retrăi o fantezie în locul întâmplărilor istorice. Retrăirea de către pacienți a unor asemenea fantezii în timpul experimentelor este, în general, inutilă în stabilirea unor amintiri precise, dacă acestea nu sunt certificate în întregime. Cu toate acestea, aceleași tehnici de retrăire pot avea însemnătate și pot constitui material terapeutic valabil pentru că, de regulă, au validitate personală, dacă nu istorică. Retrăirea unor evenimente trecute cunoscute și delimitate este un instrument deosebit de puternic pentru accelerarea progreselor în terapia stărilor eului (Emmerson, 2003 ; Watkins și Watkins, 1977).

J. Hilgard (1977) a propus trei interpretări ale regresiei hipnotice : una este teoria „ablațiunii", care susține că experiențele anterioare pot fi reactivate prin extirparea hipnotică a celor ulterioare. Acest raționament a fost mai des acceptat de medici și de primii lucrători în domeniu, dar, mai târziu, a fost susținut prin dovezi experimentale mai de grabă slabe.

O a doua concepție, teoria „potrivirii cu vârsta", spune că, mai curând, participanții se vor comporta conform vârstei la care au regresat decât să retrăiască experiențele reale (vezi figura 2.7). Timp de câteva decenii, cercetătorii au avut păreri împărțite asupra acestor două puncte de vedere.

În sfârșit, o teorie a „jocului de rol" a fost introdusă pentru prima oară de cercetările lui Troffer (1965). Ea a descoperit că cele mai realiste interpretări ale unui comportament de copil apăreau când experimentatorul se implica în jocul de rol, adică se comporta ca un adult care îi vorbește unui copil. Această descoperire s-a dovedit

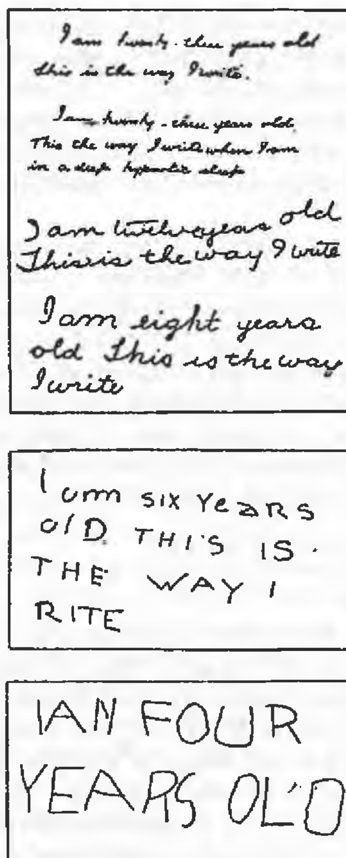


Figura 2.7. Mostre de scris de mână ale unui participant care a regresat prin hipnoză la diverse vârste.

valabilă pentru toate cele trei grupuri cu care a lucrat : simulatorii nehipnotizabili, simulatorii hipnotizabili, dar nehipnotizaţi, şi participanţii hipnotizabili regresaţi prin hipnoză. Cercetările ei aruncă o umbră de îndoială asupra necesităţii de a se asigura că participantul se află în stare hipnotică pentru a stabili o regresie utilă în psihoterapie. Totuşi, pentru că ambele grupuri hipnotizabile au avut rezultate mai bune decât simulatorii nonhipnotizabili, există posibilitatea ca simulatorii hipnotizabili să fi fost, în realitate, hipnotizaţi

pe când jucau rolul de simulatori. Acest studiu susţine de asemenea conceptul conform căruia hipnoza poate fi nu doar o stare de conştienţă alterată, proprie participantului, dar şi o tranzacţie interpersonală între terapeut şi participant, adică o „relaţie de stare", aşa cum au propus Kline (1958) şi J. Watkins (1967). Hipnoza individului nu poate fi separată de rolul, obiceiul şi implicarea terapeutului. Este un fenomen bipolar.

Veridicitatea regresiei hipnotice, respinsă de unii experimentalişti, rămâne controversată în rândul medicilor. Terapeuţii o folosesc pe scară largă şi o consideră un instrument valoros, în special în hipnoanaliză şi în terapia stărilor eului. Când e vorba de un medic cu experienţă, este posibil, ba chiar foarte probabil, ca relaţia intensă regresată hipnotic, proprie interacţiunii dintre terapeut şi pacient, să nu poată fi obţinută în contextul mai artificial al unui laborator. Dacă este aşa, practicienii şi cercetătorii din mediul academic pot, pur şi simplu, să nu observe aceleaşi fenomene.

Disocierea

E. Hilgard (1977, 1992) şi-a amintit că hipnoza a fost asociată îndeaproape cu procesul disocierii. Dacă hipnoza este sau nu o formă de disociere, nu încape îndoială că disocierea poate fi indusă prin hipnoză. Astfel, participanţilor li se poate spune că sunt altcineva, poate o celebritate, şi se vor comporta corespunzător, deseori fiind foarte convingători. În plus, este posibil să li se dea sugestii hipnotice pe care le vor îndeplini şi apoi să demonstreze o amnezie completă în privinţa asta. De asemenea, li se poate spune sub hipnoză că vor fi incapabili să-şi amintească anumite experienţe pe care le-au avut cât erau hipnotizaţi sau că vor uita, de exemplu, durerea suferită în timpul unei intervenţii chirurgicale. În consecinţă, hipnoza este o modalitate prin care disocierea poate fi stabilită sau rezolvată. Nu e de mirare că anumite tipuri de hipnoză devin terapia aleasă pentru tratarea cazurilor de amnezie şi tulburare de identitate disociată (personalitate multiplă). În cartea *Sybil* (Schreiber, 1974), analista a menţionat că schimbările au apărut mult mai rapid când a folosit hipnoza decât atunci când a folosit psihanaliza tradiţională.

John şi Helen Watkins au folosit sistematic disocierea hipnotică în dezvoltarea unui tip de terapie pe care l-au numit „terapia stărilor

eului" (Watkins şi Watkins, 1981, 1997). Persoane „normale" sunt disociate în stări ale eului sau „persoane parţiale" prin hipnoză pentru a se evalua conflictele psihice şi apoi sunt folosite tehnici de „terapie familială" pentru a le rezolva (Emmerson, 2003 ; Watkins şi Watkins, 1997). Această abordare va fi descrisă şi ea mai detaliat în *Hypnoanalytic Techniques* (în curs de apariţie).

Modificarea relaţiilor subiect-obiect

Foarte apropiată de disociere este capacitatea hipnozei de a schimba relaţiile subiect-obiect. Astfel, li se poate crea indivizilor impresia că un membru al corpului lor nu mai este o parte din ei – prin urmare, sunt „obiect" în loc de „subiect". Este similar cu ceea ce li se întâmpla spontan, fără hipnoză, pacienţilor suferind de paralizie isterică. Inversând această manevră subiect-obiect, o parte, pe care o considerau „el/ea" şi nu „eu", este din nou încorporată în sine. Idei sau scheme întregi de comportament şi gândire pot fi şi ele modificate pe principiul subiectului şi obiectului. Prin manipulare hipnotică, oamenii pot fi determinaţi să intre într-un „rol" sau să interpreteze şi să trăiască o faţetă a propriei persoane. Atunci ei simt acest rol ca fiind „eu". Mai târziu, întregul rol poate fi schimbat prin hipnoză într-un „obiect" şi ei îl vor percepe ca „el" sau „ea", ca şi cum ar urmări acest comportament la o altă persoană. Aceste manevre complicate necesită o pregătire şi experienţă considerabile pentru a fi folosite eficient în strategiile sofisticate ale terapiilor hipnoanalitice şi stărilor eului.

Deformarea timpului

Un alt fenomen hipnotic care intrigă este aparenta capacitate a persoanelor hipnotizate de a trăi experimental perioade de timp mai lungi sau mai scurte într-o perioadă de timp reală dată. Asta chiar nu ar trebui să pară neobişnuit, pentru că majoritatea dintre noi simţim că vremea trece repede când suntem implicaţi în activităţi interesante, semnificative şi ni se pare că timpul se târăşte atunci când mediul înconjurător ne oferă prea puţine stimulente sau când ni se repartizează sarcini plictisitoare. În astfel de cazuri, manipularea percepţiei timpului este spontană.

O demonstraţie comportamentală tipică a modificării timpului implică reglarea unui metronom muzical la o bătaie pe secundă. Participantului hipnotizat i se spune: „Vei auzi un ticăit la fiecare secundă, 60 pe minut. Nu vei fi conştient de ticăit, dar el va fi înregistrat de tine inconştient şi vei şti că trece o secundă între fiecare dintre aceste bătăi. Tic-tic-tic. O secundă, două secunde, trei secunde" şi aşa mai departe. Astfel de sugestii sunt repetate până când ticăitul este integrat în modul în care participantul percepe timpul. Participanţilor li se cere apoi să îşi scrie numele încă o dată şi încă o dată, fie pe hârtie, fie pe o tablă. După ce se stabileşte o normă a numărului de dăţi în care îşi scriu în mod normal numele într-un interval de un minut sau două, ritmul metronomului este crescut la 120 de bătăi pe minut. Participanţii răspund crescându-şi viteza de scris, uneori scriindu-şi numele cu furie. Apoi metronomul este încetinit la 30 de bătăi pe minut. Participanţii îşi reduc acum viteza de scriere, par deprimaţi şi îşi scriu numele cu încetinitorul. Timpul experimental şi comportamental par să se lege de ritmul metronomului. Dacă sunt chestionate posthipnotic, persoanele pot susţine că au scris într-un ritm constant. Acest fenomen aparent hipnotic are nevoie de experimente controlate în condiţii de laborator pentru a se determina în ce măsură răspunsul este datorat hipnozei sau altor factori. Cele câteva tentative mai vechi oferă doar informaţii parţiale, care rămân supuse interpretărilor alternative.

Cooper şi Erickson (1959) au relatat o serie de studii ce implică manipularea percepţiei timpului prin hipnoză. Ei au comparat „timpul lumesc", sau „citirea ceasului", cu timpul experimental, pe care l-au denumit „durată aparentă". Un experiment tipic presupunea să li se sugereze persoanelor hipnotizate că sunt implicate într-o activitate continuă de culegere a bumbacului pentru un „timp personal" de o oră şi 20 de minute. De fapt, participanţii au avut la dispoziţie doar 3 secunde, timp real. Apoi au semnalat numărul de fructe de bumbac pe care le-au cules – care, în general, se situa la câteva sute. Sutcliffe (1965), în calitatea sa de adept al teoriei sociocognitive, a criticat acest studiu pentru că nu au fost folosite referinţe comportamentale concrete. El a argumentat spunând că participanţii doar s-au conformat aşteptărilor sugerate şi că nu avem nici o dovadă că ei chiar au trăit o oră şi 20 de minute într-un interval de 3 secunde – ceea ce este adevărat, pentru că trăirea internă subiectivă a cuiva nu este perceptibilă pentru altă persoană. Iată cum, din nou, demascatorul şi lucrătorul credul pot interpreta diferit aceleaşi date.

Zimbardo, Marshall şi Maslach (1971) au descoperit că participanţii la hipnoză care au primit sugestii de „extindere a prezentului" s-au comportat diferit de simulatori, atât în ceea ce priveşte relatările subiective, cât şi în comportamentul ce implica jocul cu lut. De asemenea, ei au putut face diferenţa între participanţii hipnotizaţi şi simulatori pe baza abilităţii acestora de a transpune sugestia verbală a unei sincronizări între timpul real şi cel personal în realitatea comportamentală în cazul unei sarcini ce implica reglarea luminii prin apăsarea unei taste. Studiile lor atent controlate au adăugat dovezi experimentale substanţiale în favoarea acceptării faptului că deformarea timpului produsă prin hipnoză este o realitate.

Potenţialul terapeutic al deformării timpului a fost demonstrat de Aaronson (1968), care a descoperit că, atunci când prezentul a fost extins, a rezultat o stare de euforie, iar o stare asemănătoare schizofreniei „a urmat înlăturării percepţiei timpului prezent". Toată această zonă pare promiţătoare pentru a fi folosită în tacticile terapeutice, dar trebuie explorată mult mai mult în viitor.

Hipnoza ca stare modificată şi relaţiile interpersonale

Cu excepţia cazurilor de hipnoză spontană din viaţa de zi cu zi (vezi capitolul 3), considerăm heterohipnoza şi autohipnoza manifestate sub îndrumarea terapeutului ca fiind atât o stare de conştienţă modificată, cât şi o relaţie interpersonală puternică. Atunci apare următoarea întrebare: cât din comportamentul participantului se datorează efectului transei şi cât aparţine interacţiunii dintre terapeut şi participant. Din fericire, când practicăm hipnoterapia suntem interesaţi de maximizarea tuturor factorilor care ar putea facilita tratamentul. Aşadar, prin intermediul acestei cărţi, de obicei folosim tehnici de inducţie hipnotică şi aprofundare care, în acelaşi timp, folosesc toate aspectele constructive posibile ale relaţiei interpersonale care există în orice interacţiune bună terapeut-pacient. Ca terapeuţi, suntem interesaţi de rezultatul pentru pacient şi nu de puritatea fiecărui factor responsabil.

Rezumat

În acest capitol am încercat să descriem numeroasele tipuri diferite de fenomene care pot fi provocate sub hipnoză. Prin asta înţelegem ce este posibil cu unii participanţi sau pacienţi, nu că orice persoană este capabilă să manifeste toate aceste fenomene. Fenomenele mai complexe par să necesite o profunzime hipnotică mai mare. Din pricina controverselor în domeniu, descoperirile făcute în urma cercetărilor trebuie evaluate ţinând cont de faptul că terapeuţii prea entuziaşti îşi supraestimează reuşitele, iar experimentele mult prea critice pot pur şi simplu să fi eşuat în provocarea fenomenelor. Cu toate acestea, chiar şi cei mai critici şi mai riguroşi lucrători sunt, în general, de acord că, indiferent de ce este hipnoza, prin ea pot fi obţinute schimbări neobişnuite în comportament, percepţie, afect şi cogniţie.

CAPITOLUL 3

Teorii legate de hipnoză: descoperirile recente o pun într-o nouă lumină

> Vizitând Laboratorul Stanford de Cercetare a Hipnozei al lui Ernest (Jack) Hilgard, Milton Erickson a demonstrat clasica disociere hipnotică pe un student voluntar, foarte susceptibil la hipnoză. Erickson i-a cerut studentului, deja hipnotizat (de profesorul Hilgard), să-şi ridice braţul drept la nivelul umărului. Ţinându-i uşor mâna ridicată, Erickson i-a spus că îi coboară braţul drept. În timp ce dădea drumul mâinii încă ridicate, i-a atins uşor poala studentului pentru a-i arăta că mâna îi era aşezată acolo. Pentru a valida faptul că subiectul halucinează că îşi ţine mâna dreaptă în poală, Erickson l-a încurajat să îşi pună braţul stâng pe genunchi, peste cel drept, şi să îl ţină acolo. Odată ce subiectul a făcut asta, Erickson, folosindu-şi unghiile, i-a ciupit foarte puternic mâna ridicată. Apoi, nevăzând aparent nici un răspuns la ciupitura puternică, l-a întrebat imediat, cu calm, pe subiect dacă a simţit ceva. Fără să se fi menţionat anestezia sau vreo performanţă aşteptată, subiectul a spus relaxat că nu a simţit nimic. Chiar aşa, cum să fi simţit ceva pe mâna care se afla, din ce ştia el, în altă parte? (E. Hilgard, comunicare personală cu Arreed Barabasz, 16 august 1991)

Demonstraţia fascinantă a disocierii produse prin hipnoză (circa 1960) a fost repetată de Hilgard şi colegii săi cu zeci de studenţi care se aflau la un nivel ridicat pe *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*. Aceasta, în combinaţie cu alte exemple de disocieri datând încă de pe vremea lui Pierre Janet (1889), a servit ca bază pentru teoria neodisocierii privind hipnoza a lui E. Hilgard (1977). La Stanford, din anii '60 până în 1979, s-au făcut numeroase experimente bazate pe teoria lui Hilgard, ce foloseau hipnoza pentru alinarea durerii. Descoperirile sunt acum folosite pe scară largă în beneficiul pacienţilor noştri pentru tratarea afecţiunilor în care durerea este

pronunţată, atunci când este preferată o alternativă la dependenţa de analgezicele chimice sau când hipnoza este folosită ca adjuvant, în combinaţie cu medicamentele analgezice (vom examina în detaliu teoria lui Hilgard mai târziu, în acest capitol).

Teoriile sunt, prin natura lor, suprasimplificări. Într-un fel, cu cât o teorie este mai simplu de desluşit, cu atât ea va fi mai utilă (şi poate mai probabil să fie folosită) ca ghid în luarea unor decizii de către oamenii de ştiinţă, practicieni şi cercetători. Ambele grupuri pot utiliza o teorie deja exprimată pentru a-şi concepe planurile de tratament clinic sau experimentele şi pentru a le testa efectele. Psihoterapeuţii sunt mai bine înzestraţi pentru munca lor când îşi dau seama că intervenţiile clinice sunt, în fond, miniexperimente. Ca bază pentru intervenţie, o teorie este folositoare dacă prezice rezultatul cu o siguranţă rezonabilă. O teorie nu este neapărat adevărată sau falsă. Aşadar, utilitatea unei teorii depinde de faptul că prezicerile ei sunt sau nu confirmate şi de faptul că rezultatele tratamentelor pot sau nu să fie controlate atunci când ea este aplicată. Teoria care dă explicaţia cea mai succintă unui fenomen şi care, de asemenea, poate fi aplicată în tratamente reale în folosul pacienţilor noştri devine astfel cel mai bun lucru pe care ştiinţa îl poate oferi practicii.

Oricine este curios în legătură cu psihopatologia, psihoterapia, psihologia sau multe aspecte ale medicinei va considera irezistibil studiul teoriilor şi aplicaţiilor hipnozei. Comportamente ca analgezia, halucinaţiile controlate, regresia la o anumită vârstă, amnezia şi logica transei pot fi provocate prin hipnoză în mai puţin de o oră. Aşa cum explică Kihlstrom (1987, p. 1449), hipnoza poate produce „experienţe ce implică modificări ale percepţiei fenomenelor, memoriei şi acţiunilor". La câte alte situaţii te poţi gândi în care toate aceste comportamente să fie obţinute de la cei care au capacitatea de a le crea? Prin urmare, nu e de mirare că au fost propuse mai multe teorii care să explice hipnoza. Majoritatea sunt doar descriptive; unele se ocupă doar de un aspect al tehnicii. Câteva încearcă să justifice fenomenele hipnotice legându-le de alte concepte psihologice aflate deja în uz. Hipnoza, termen derivat din cuvântul grecesc *hypnos*, care înseamnă „a dormi", este el însuşi o metaforă înşelătoare, dat fiind că s-a stabilit de mult, din punct de vedere ştiinţific, că hipnoza nu este echivalentă cu somnul de noapte, aşa cum este el definit de undele cerebrale EEG (analiză de Evans, 1979). Citând

folosirea termenului *hipnoză* de către diferite grupuri şi diferiţi teoreticieni, William Coe (1992) a mers atât de departe încât să spună că hipnoza este imposibil de definit. Perry (1992) a subliniat incontestabil: „Indiferent dacă este adevărat sau nu, existenţa unor grupuri de interese concurente nu permite respingerea pe scară largă a termenului, aşa cum nici existenţa unor grupuri religioase concurente nu implică faptul că nu există religie". Pe 7 august 2003, comitetul executiv al Diviziei 30 a APA a votat în unanimitate în favoarea noii definiţii a hipnozei (Green, Barabasz, Barrett şi Montgomery, 2005). Aceasta reflectă cercetări recente care au stimulat noi moduri de gândire în domeniul hipnozei. Am fost onorat (A.F.B.) să conduc comitetul de definire şi să fiu preşedintele diviziei. La momentul votului unanim, comitetul executiv cuprindea membri de frunte, cu poziţii teoretice divergente.

Noii definiţii încă îi lipseşte o explicaţie a transei hipnotice care să fie satisfăcătoare pentru toţi profesioniştii serioşi din domeniu, dar această lacună nu neagă existenţa fenomenului. Încă nu avem o definiţie adecvată a *personalităţii*, în ciuda deceniilor în care „ne-am luat la trântă" cu conceptul. Cunoaşterea şi cercetările legate de somn şi vise au fost sporite prin descoperirea somnului REM (*rapid eye movement*) şi a etapelor EEG ale somnului, dar nici înaintea acestor progrese nu am negat realitatea somnului de noapte sau a viselor (E. Hilgard, 1992). Până la descoperirile recente ale semnelor psihologice ale hipnozei (vezi, de pildă, A. Barabasz, 2000, 2001b; A. Barabasz *et al.*, 1999; Kosslyn, Thomas, Constantini-Ferrando, Alpert şi Spiegel, 2000; Rainville, Honfbaüer *et al.*, 1999), studiul hipnozei se asemăna în mare parte cu studiul somnului făcut cu ani în urmă. Aşa că de ce trebuie să existe atâta grijă pentru o explicaţie precisă a fenomenului de transă şi atâta căutare a certitudinii absolute în privinţa a ceea ce studiem?

Aşteptarea unor informaţii complete te face să fii ţinut pe loc de incertitudine. Într-un episod din *Star Trek*, căpitanul Kirk îşi pierde, din anumite motive, „comunicatorul", eşuând astfel pe o planetă străină şi fără posibilitatea de a se întoarce pe nava *Entreprise*. Aceasta este atunci atacată de (aţi ghicit) klingonieni. Spock preia comanda – obţine informaţii despre locul unde se află inamicul, dar este incapabil să acţioneze, pentru că datele sunt incomplete. Timpul de acţiune este pe sfârşite. Atunci, căpitanul Kirk se întoarce şi, bineînţeles, salvează situaţia pentru că el poate acţiona şi fără a avea

toate datele. Scenaristul acestui episod i-a înţeles greşit atât pe Spock, cât şi raţiunea. Cu siguranţă Spock, fiinţă raţională supremă, nu ar fi rămas pe loc, ci ar fi acţionat, pe baza informaţiilor incomplete pe care le avea la dispoziţie, în direcţia cu cea mai mare probabilitate de a aduce un beneficiu navei *Entreprise* şi echipajului. Dacă certitudinea absolută ar fi fost esenţială în luarea unei decizii (tragerea unei concluzii, crearea unui plan de tratament), fiinţele raţionale ar fi putut lua foarte puţine decizii. Aşa cum se întâmplă cu cele mai multe hotărâri, trebuie aleasă o singură poziţie teoretică ce explică hipnoza dintre cele care sunt disponibile la un moment dat. Decizia se bazează pe informaţiile incomplete existente, fără să se ştie cu absolută certitudine dacă ea este corectă.

Conceptualizările alternative au dus la un conflict între cei care adoptă perspectiva general acceptată (pentru o recenzie, vezi E. Hilgard, 1992) asupra hipnozei şi cei care adoptă un punct de vedere opus. La o primă vedere, hipnoza este considerată o stare psihologică distinctă, caracterizată de atenţia concentrată care îi permite cuiva să disocieze percepţii şi senzaţii, să ţină seama cu intensitate şi precizie de gânduri şi evenimente şi să pună laolaltă resurse înnăscute în feluri neobişnuite (A. Barabasz, 2000, 2001b ; Barabasz şi Barabasz, 2002 ; Barabasz şi Lonsdale, 1983 ; A. Barabasz *et al.*, 1999 ; Fromm, 1992 ; E. Hilgard, 1965, 1977 ; Hilgard şi Hilgard, 1975 ; Kihlstrom, 1987, 1997 ; D. Spiegel, 1991b ; Spiegel şi Barabasz, 1987, 1988 ; Spiegel şi Spiegel, 2004 ; Watkins şi Johnson, 1982 ; Watkins şi Watkins, 1979-1980). Cei care acceptă conceptualizarea hipnozei ca stare pot sau nu să fie de acord cu „transa hipnotică", dar recunosc că fenomenele hipnotice majore au fost dovedite îndeajuns de bine, prin controale experimentale şi practici clinice, pentru a furniza căi de investigaţie în psihologie şi medicină. Conceptualizarea ca stare explică (poate incomplet) utilitatea demonstrată a hipnozei în diverse practici psihologice şi medicale. Cei cu orientări psihodinamice acceptă hipnoza drept o stare de conştienţă modificată. Erika Fromm (comunicare personală cu E.R. Hilgard, 23 ianuarie 1991) a considerat hipnoza o stare de conştienţă modificată, în care oamenii intră dacă au talentul să o facă : ei experimentează o receptivitate şi o activitate crescută a eului, modificări ale atenţiei, mai multe procese primare de gândire, mai multă imaginaţie, fenomene de disociere, regresie în slujba eului şi o estompare a orientării generale în realitate. Fromm a privit hipnoza

ca pe o stare de conştienţă modificată în care elementele reprimate revin mai uşor.

Sigmund Freud (vezi J. Watkins, 1987) a fost intrigat de hipnoză pe când observa modul în care Breuer folosea abreacţiile hipnotice în tratarea isteriei. Perioada în care Freud a folosit această metodă a avut loc înainte ca el să-şi dezvolte înţelegerea proceselor dinamice implicate în relaţiile interpersonale. Hipnoza era un procedeu pe care nu îl pricepea (tehnicile lui de inducţie erau nepotrivite) şi pe care nu îl stăpânea. S-a confruntat cu reacţii din partea pacienţilor săi pe care, atunci, nu a putut să le gestioneze. A renunţat la folosirea ei. Dar Freud a făcut eforturi pentru a înţelege fenomenul. Se pare că el a legat hipnoza de isterie, aşa cum au făcut Jean-Martin Charcot şi Janet. Astfel a ajuns la concluzia că evocarea stării hipnotice facilitează descoperirea aspectelor dureroase ale caracterului reprimat ce se află în spatele fenomenelor isterice. Această concepţie despre hipnoză, răspândită prima dată de Freud şi accentuată mai târziu de Anna Freud (1946), a contribuit foarte mult la îndepărtarea psihanaliştilor de folosirea ei. Sigmund Freud (1938, p. 27) relata:

> ...într-un experiment, care mi-a arătat în cea mai rece lumină ceea ce suspectam de mult. Dintre cei mai ascultători pacienţi ai mei, o persoană în cazul căreia hipnotismul mi-a permis să aduc la lumină cele mai minunate rezultate şi împreună cu care eram implicat în alinarea suferinţei sale urmărind originea crizelor ei de durere s-a trezit la un moment dat şi şi-a pus braţele în jurul gâtului meu. Intrarea neaşteptată a unui servitor ne-a scutit de discuţie. De atunci înainte a existat o înţelegere tacită între noi că tratamentul hipnotic trebuie întrerupt.

Freud a presupus că hipnoza anulează eul şi astfel este imposibilă descoperirea întregului material inconştient în timpul folosirii ei. Această concepţie a progresului pe cale să se petreacă s-a dovedit a fi o greşeală (Gill şi Brenman, 1959) şi nu mai este luată în considerare de către acei analişti care au cunoştinţe şi experienţă în domeniul hipnozei. Totuşi, noţiunea era foarte apropiată de teoriile care privesc transa hipnotică, cel puţin parţial, ca pe o relaţie specială de transfer afectiv. De fapt, Sigmund Freud (1922) a afirmat: „De la a fi îndrăgostit la hipnoză, evident, nu este decât un mic pas”.

Hipnoza ca relaţie interpersonală

Ferenczi (1926) a descris cu precizie hipnoza ca o formă de transfer afectiv, zugrăvind-o ca pe o relaţie părinte-copil. A continuat delimitând două tipuri de hipnoză pe care le-a numit „hipnoza-tată" şi „hipnoza-mamă". Prima exemplifică acel tip de relaţie manifestată în timpul hipnozei autoritare, în care terapeutul îşi domină participantul. Aceasta făcea referire la familia germană, tipică la acea vreme, în care tatăl îşi exercita puterea dominantă asupra nevestei şi a copiilor. A doua hipnoză era o formă clasică, folosită în tratamentul clinic, în care medicul păstrează o atitudine mai blândă şi mai convingătoare, folosind o voce dulce pentru a-l „adormi" pe participant în starea de transă şi în care sugestiile terapeutice sunt transmise într-o manieră diplomatică – aşa cum se spunea despre mamele victoriene că procedează cu copiii lor. Văzută din acest punct de vedere, hipnoza devine o stare sau o relaţie specială, care uşurează obţinerea unui răspuns la sugestiile hipnotice. Poate că această conceptualizare a hipnozei-mamă a fost prima recunoaştere a faptului că transa hipnotică poate fi folosită în tratament fără a fi nevoie de un ritual formal de inducţie.

J. Watkins (1954) a încercat la un moment dat să echivaleze starea de transă cu transferul afectiv, dar mai târziu (1963) a modificat această afirmaţie şi a susţinut mai degrabă că hipnoza este mai mult decât un transfer afectiv. El a lămurit fenomenul explicând că nevoile de transfer afectiv ale persoanei hipnotizate şi motivaţiile de contratransfer afectiv ale terapeutului determină dacă starea hipnotică poate fi indusă uşor, cu dificultate sau deloc şi dacă starea este superficială sau profundă.

Kline (1958) a recunoscut şi el interdependenţa dintre starea hipnotică şi calitatea şi intensitatea relaţiei interpersonale dintre terapeut şi participant. Astfel, el a tras concluzia că nu există o constanţă a relaţiei hipnotice în sine, dar există o constanţă a stării de transă hipnotică. Starea de transă a fost privită ca o reorientare de bază, fundamentală, a relaţiilor perceptuale şi obiective. Kline a scos la lumină argumentul conform căruia hipnoza nu este un „ceva" sau un „ori-ori" unitar. Ea are, din punct de vedere cantitativ, diferite grade şi profunzimi, iar din punct de vedere calitativ ia diverse forme ce depind de natura relaţiei unice dintre cele două părţi

înaintea inducţiei, în timpul inducţiei şi în timpul intervenţiilor terapeutice nonhipnotice. Din asta putem trage concluzia că starea de hipnoză indusă participantului A de terapeutul B nu este aceeaşi cu cea indusă aceleiaşi persoane de către terapeutul C, că nu este aceeaşi pentru participanţii A şi D, atunci când amândurora le este indusă de terapeutul B într-un moment sau altul. În fiecare dintre aceste cazuri diferenţele sunt de natură cantitativă şi calitativă. Aşadar, starea hipnotică nu ar trebui privită pur şi simplu ca o stare unitară, fără a se lua în considerare relaţia în cadrul căreia ea apare.

Raportarea potrivită, tipul special de relaţie, explică faptul că multe persoane pot deveni mai hipnotizabile după ce se cunosc mai bine cu terapeutul, în vreme ce, cu alte ocazii, e posibil să le răspundă străinilor asupra cărora pot proiecta sentimente nerealiste de transfer afectiv. De asemenea, explică observaţia făcută de practicieni cu experienţă conform căreia multe studii care indică rezultate negative în ceea ce priveşte hipnoza sunt deseori conduse de cercetători insensibili care ştiu mai multe despre încâlcelile planurilor experimentale decât despre relaţiile interpersonale subtile pe care le implică lucrul cu hipnoza. Aşa cum a menţionat J. Watkins (1987), aceşti experimentatori interpretează fără pricepere nişte instrucţiuni standardizate, asigură, poate, un anumit grad de relaxare şi apoi trag concluzia că fenomenele hipnotice nu sunt „reale", ci doar un joc de rol. Este mult mai probabil ca aceşti oameni să nu fi avut niciodată succes în activarea unei stări hipnotice autentice. Descoperiri recente susţin această ipoteză (Barabasz *et al.*, 2003 ; Barabasz şi Christensen, 2006).

Invitaţia la convenţia anuală a Asociaţiei Americane de Psihologie adresată lui A. Barabasz şi Barabasz (2002) cita numeroase studii venite din partea adepţilor teoriei sociocognitive în care s-a folosit doar o inducţie superficială, după care nu s-au făcut nici un fel de încercări pentru a asigura vreo profunzime a hipnozei înainte de a-i expune pe participanţi la sugestii-test exigente, care, conform aşteptărilor experimentatorului adept al teoriei sociocognitive, erau sortite eşecului.

Credem că datele recente demonstrează că starea hipnotică poate fi explicată ca fiind, în esenţă, o stare pur psihologică cu corelative neurale replicabile. Adevărul e că schimbările senzoriale pe care le trăieşte persoana aflată sub hipnoză sunt însoţite de modificarea funcţiilor cerebrale legate de sarcinile de îndeplinit, chiar dacă o

regiune a creierului ce are legătură cu hipnoza este activată sau nu. De asemenea, considerăm că aplicaţiile clinice ale hipnozei sunt incomplete dacă nu ne străduim să recunoaştem şi că factorul uman interpersonal este întotdeauna o parte esenţială.

Starea de hipnoză ca regresie în slujba eului

Celebrii analişti de la clinica Menninger Gill şi Brenman (1959) au teoretizat starea de hipnoză ca fiind un tip de regresie temporară şi nonmalignă. Au caracterizat-o ca „regresie în slujba eului". Aceasta a fost pusă în contrast cu „regresia propriu-zisă". În esenţă, ideea este că eul demarează procese primare în slujba sa pentru a le folosi la îndeplinirea scopurilor imediate. Desigur, procesele primare sunt primitive atât din punct de vedere cognitiv, cât şi comportamental, caracteristice experienţei unui copil mic. Operând în zona proceselor primare, ideile sunt pur şi simplu acceptate ca atare şi nu trebuie integrate într-o matrice mai largă a înţelesurilor. În clasica teorie psihanalitică, procesele primare caracterizează „sinele", unde două concepte opuse pot exista fără a se întâlni şi fără a se lupta pentru o rezolvare. Aşa cum a reteoretizat Orne (1979) în conceptul său de hipnoză ca „logică a transei", procesele primare de gândire nu urmează principiile logicii aristoteliene. Psihopatul care pune laolaltă un dop de chiuvetă şi o ţigară în cadrul unui test de grupare a obiectelor, nu pentru că amândouă sunt rotunde, ci pentru că odată a văzut un om care „fuma în timp ce repara o chiuvetă", funcţionează la nivelul logicii principiilor primare. Lucrul la nivelul proceselor primare nu va rezolva ecuaţii matematice, dar poate fi o uşă deschisă spre creativitate. Când regresia are loc în slujba eului, este posibil ca eul puternic să îşi abandoneze nevoia de integrare completă şi să se „bucure" pur şi simplu de joaca de copii a regresiei la procesele primare.

Conceptul de hipnoză ca stare de conştienţă modificată a fost privit de Gill şi Brenman ca o stare de funcţionare modificată a eului, care a fost provocată de transferul afectiv ; asta însemnând capacitatea persoanei hipnotizate de a regresa la o stare mai pasivă şi mai copilărească, în care relaţia cu terapeutul schimbă natura funcţionării participantului, astfel încât aceasta să cuprindă un grad

mai mare de gândire şi comportament la nivelul proceselor primare. Totuşi, această schimbare, spre deosebire de cea a psihopatului, este temporară şi poate fi inversată la dorinţa eului participantului, fiind astfel de natură voluntară. Michael Nash (1992), editor al *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis* din 1998 până în 2002, a adus destule lămuriri în legătură cu asemănările şi diferenţele dintre hipnoză, psihopatologie şi regresia psihologică. Cei care doresc să studieze mai amănunţit acest aspect sunt îndrumaţi spre capitolul lui Nash din 1992, în care el examinează critic în ce privinţă există şi în ce privinţă nu există un proces comun aflat în spatele hipnozei şi psihopatologiei. El a cercetat regresia temporală, regresia topografică şi hipnoza ca diviziune a conştienţei. În 1959, Gill şi Brenman au caracterizat regresia în slujba eului ca fiind: a) mai probabil să se petreacă pe măsură ce eul devine mai adaptabil şi mai puţin probabil să se petreacă pe măsură ce eul devine mai puţin adaptabil; b) marcată de un început şi un sfârşit care pot fi definite; c) reversibilă, cu o reinstalare rapidă şi completă a organizării normale a psihicului; d) posibil să fie încheiată, în condiţii de urgenţă, de către participant, fără ajutor; e) posibilă doar când participantul consideră circumstanţele ca fiind sigure; f) cerută de bună voie de participant şi în opoziţie cu „regresia propriu-zisă", care este o regresie activă, nu una pasivă.

Noţiunea de reversibilitate cu reinstalarea totală a organizării neuronale normale a fost singura supusă rigorilor experimentelor ştiinţifice de control. Pe baza teoretizării făcute de Gill şi Brenman, Reyher (1964) a gândit că hipnoza şi restricţiile senzoriale sunt manifestări ale ascensiunii nivelelor mai scăzute de integrare neuronală în organizarea funcţiilor cerebrale şi a reglărilor comportamentale. Condiţiile care restricţionează sau omogenizează intrările senzoriale previn comportamentul adaptativ cu integrare neuronală adaptativă. Regresia la procesele primare implică înlocuirea integrării neuronale complet adaptate cu un nivel al integrării mai vechi şi mai scăzut din punct de vedere filogenetic. Îndepărtarea de stimulii înconjurători restricţionaţi ar trebui atunci să reactiveze un grad mai înalt de integrare neuronală.

Oamenii izolaţi de iarnă în Antarctica deveneau semnificativ mai hipnotizabili (A. Barabasz, 1979, 1980c). În urma acestor descoperiri făcute în condiţii de teren, cu o măsurare brută a hipnotizabilităţii,

a fost plănuit un experiment de laborator controlat (A. Barabasz, 1982) pentru a testa în mod direct teoria lui Reyher. Cu aceşti subiecţi au fost folosite procedurile restricţionării stimulării ambientale (*restricted environmental stimulation* – REST). *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoza Clinică : Adult* (Morgan şi Hilgard, 1978-1979) a fost modificată pentru a include sugestia posthipnotică a unei reacţii analgezice, apoi s-a folosit şocul ferodic pentru a determina pragul durerii şi nivelele de toleranţă înaintea REST, imediat după REST, înaintea înlăturării din mediul REST şi 10-14 zile mai târziu. Pentru a masca ţinta hipnotică a studiului şi pentru a obţine informaţii fiziologice – de exemplu, conductibilitatea pielii –, cercetătorii au colectat date privind temperatura periferică, cea interioară şi temperatura camerei pe durata a 6 ore de REST. Cercetătorii au folosit un grup de control pentru a evalua efectele hipnozei repetate asupra gradului de hipnotizabilitate şi orice efecte potenţiale ale influenţei sociale şi ale contextului experimentului.

Analiza multivariată a variaţiei rezultatelor a arătat că gradele de hipnotizabilitate şi toleranţa la durere au crescut semnificativ doar în cazul participanţilor expuşi la REST, imediat după REST şi 10-14 zile mai târziu. Menţinerea hipnotizabilităţii şi toleranţei la durere la un nivel crescut pe durata urmăririi nu a reuşit să susţină teoria lui Reyher (1964) despre funcţia cerebrală şi această trăsătură unică a conceptului de regresie în slujba eului. Descoperirile făcute în urma cercetărilor calitative şi independente efectuate postexperiment au fost relevante. Se pare că restricţia senzorială a forţat organismul să se concentreze, poate aşa cum rareori o făcuse până atunci, asupra activităţii imaginare generate intern. Această manevră defensivă poate fi conceptualizată mai bine ca o reacţie disociativă, care serveşte la menţinerea integrării neuronale în organizarea funcţiilor cerebrale.

J. Hilgard (1974, 1979) a considerat implicarea imaginativă şi disciplina strictă din copilărie corelate în sens pozitiv cu susceptibilitatea ridicată la hipnoză, fapt ce nu poate fi explicat prin comportamentul de conformare. Se pare că un copil învaţă să micşoreze eficienţa pedepsei prin implicarea imaginativă a disocierii exersate. Poate că în studiul lui A. Barabasz (1982) şi în replica acestuia (M. Barabasz, Barabasz, Darakjy-Jaeger şi Warner, 2001) participanţii au învăţat să dezvolte implicări imaginative în REST, ca

metodă de a face faţă stimulilor externi reduşi. Conform descoperirilor făcute de J. Hilgard, aceste abilităţi, odată căpătate, pot justifica gradele mai mari de hipnotizabilitate găsite după REST şi menţinerea în timp a acestei capacităţi. Datele par să fie explicate mai concludent de teoria neodisocierii privind hipnoza a lui E. Hilgard (1977) decât de regresia în slujba eului. Totuşi, este important să remarcăm că acele experimente au dezaprobat doar un aspect al teoretizării făcute de Gill şi Brenman asupra hipnozei ca regresie în slujba eului. În orice caz, ambele justificări teoretice sunt conforme cu conceptualizarea hipnozei ca stare, în opoziţie cu explicaţia privind influenţa socială şi jocul de rol.

Conceptul lui Meares despre regresia în hipnoză

Meares (1961) privea şi el hipnoza ca pe o regresie, dar, spre deosebire de punctul de vedere al lui Gill şi Brenman, el nu se concentra pe comportamentul regresat, ci mai degrabă pe funcţiile mentale regresate, aşa cum sunt ele incluse în conceptele lui Reyher (1964) şi la care fac referire, parţial, câteva dintre experimentele noastre de laborator controlate (A. Barabasz, 1982 ; A. Barabasz *et al.*, 2003). Meares privea persoana hipnotizată, în special pe cea profund hipnotizată, ca pe cineva care gândeşte şi funcţionează la un nivel primitiv, foarte asemănător celui care trebuie să îi fi caracterizat pe oameni în timpul dezvoltării lor filogenetice de la animal la omul primitiv. Meares susţinea că în această etapă timpurie procesul de hipnoză trebuie să fi determinat, într-un fel, acceptarea ideilor, aşadar funcţionarea intelectuală era la un nivel arhaic. Gândirea logică a omului s-a dezvoltat mai târziu. Meares a explicat că tocmai această gândire logică este dată la o parte în timpul regresiei în stare hipnotică. J. Watkins (1987) a explicat că această regresie atavică se aseamănă îndeaproape cu „reducerea spiritului critic" a lui Kline (1966) ca o trăsătură principală a hipnozei.

Hipnoza ca modificare a supraeului sau *reparenting**

În teoria lor despre hipnoză, Kubie şi Margolin (1944) au scos în evidenţă mecanismul de identificare. Starea de hipnoză şi inducţia hipnotică sunt atent diferenţiate. Ei subliniază faptul că inducţia implică o eliminare graduală a relaţiilor senzorimotorii pe măsură ce stimulii ambientali sunt restricţionaţi. Se consideră că starea hipnotică se dezvoltă din ignorarea tuturor canalelor de comunicare cu lumea exterioară, cu excepţia unuia : cel cu terapeutul. Prin monotonie şi imobilizare (fixarea ochilor etc.), participantului îi este distrasă atenţia de la toţi stimulii exteroceptivi, cu excepţia celor prezentaţi de terapeut. Odată ce starea hipnotică este complet instalată la participant, eul acestuia se extinde încă o dată pentru a contacta lumea exterioară. Totuşi, de această dată „eul propriu" se schimbă prin încorporarea terapeutului. Imaginea (vocea, comportamentul etc.) acestuia fuzionează cu imaginile deja încorporate ale părinţilor, ceea ce permite înlocuirea sau modificarea supraeului. Vocea terapeutului este ca vocea „părintelui interior" şi este ascultată ca atare. Se consideră că atunci hipnoza devine o reproducere experienţială a procesului natural de dezvoltare pe care îl reprezintă relaţia timpurie părinte-copil. Kubie şi Margolin au evidenţiat faptul că hipnoza poate fi necesară, poate chiar esenţială, în orice psihoterapie care îşi propune să înlocuiască autoritatea primelor figuri critice ale supraeului cu o formă de *reparenting* mai binevoitoare.

La fel ca în cercetările lui Brenman şi Gill, munca lui Kubie şi a lui Margolin include, predominant, ideea de regresie. Cu toate acestea, spre deosebire de Brenman şi Gill, care au privit-o ca pe o regresie la un stadiu primar de gândire şi comportament, Kubie şi Margolin o percep ca regresie la prima relaţie părinte-copil. Pentru că Margolin şi Kubie includ identificarea participantului cu terapeutul, asta justifică faptul că participantul percepe şi îndeplineşte sugestiile terapeutului ca şi cum acesta ar fi ego-sintonic – adică provenind din sinele participantului.

---

* În traducere aproximativă : „a fi crescut din nou". Terapie menită să reorienteze spre un comportament şi o gândire mai sănătoasă problemele psihologice despre care se crede că îşi au originea în copilărie, fiind provocate de traume, abuzuri sau neglijenţe (n.t.).

Catexii obiectuale: hipnoza ca modalitate de manipulare a eului

Paul Federn (1952), un asociat apropiat al lui Freud, a formulat o teorie a structurii personalității care nu a fost niciodată pe deplin înțeleasă de către psihanaliști sau alți psihologi, parțial poate și din cauza dificultății sale în a-și exprima punctele de vedere. Deși teoriile lui Federn nu se referă în mod specific la hipnoză, ci mai degrabă la structura și funcționarea generală a eului, ele par să fie deosebit de relevante. El a susținut că esența sinelui este o energie pe care a numit-o „ego-catexie". Orice proces fiziologic sau mental învestit cu această energie este perceput ca fiind „eu". Prin urmare, mâna „mea" este percepută ca o parte din mine, pentru că ea conține ego-catexie. Același lucru e valabil și pentru gândul „meu". Această energie a eului este „sinele" și este diferențiată de catexia „obiectuală", un tip de energie a nonsinelui care poate activa și ea diverse procese psihologice și fiziologice. Dacă brațul meu este învestit doar cu catexie obiectuală, îl percep ca nefiind parte din mine, ca și cum ar fi o simplă scândură atașată de umărul meu sau așa cum l-aș percepe dacă ar fi anesteziat hipnotic și imobilizat. Nu simte nimic și pare să fie detașat de eul trupului. Brațul meu nu mai este „eu", ci devine „el".

Conform teoriei lui Federn, „eu" sau „el" depind de faptul că un element (fie el fizic sau mental) este sau nu „cathectat" cu energia eului sau cu energie obiectuală. Astfel, o idee care trece din reprimare în eu fără a fi învestită cu energia eului este percepută ca un obiect, ca nefiind „eu". În cazul schizofrenicilor, o astfel de idee (de exemplu, gândul la mama moartă) trece în conștiență fără a fi învestită cu ego-catexie. Prin urmare, este percepută ca o halucinație, ca și cum ar fi provenit dintr-un obiect din afara sinelui. Schizofrenicul o percepe ca și cum ar fi „vederea" mamei lui moarte, nu „gândul" la ea.

Federn nu a scris mult despre hipnoză *per se*. Cu toate acestea, atunci când, prin intermediul hipnozei, rezolvăm amnezia, inițiem sau mișcăm un membru paralizat, înlăturăm o reprimare sau îi inculcăm participantului sugestii pe care le pune în practică la fel ca pe propriile gânduri, cu siguranță manipulăm energiile obiectuale și ale eului, așa cum au fost ele definite de Federn. Din perspectiva sa asupra psihologiei eului, hipnoza devine o modalitate de manipulare a catexiei, o cale de a inversa subiectul și obiectul fie în părți ale corpului, fie în idei și percepții.

Federn a descris în continuare structura eului emiţând ipoteza că acesta este împărţit, în mod normal, în două stări. Fiecare stare a eului reprezintă un întreg format din comportamente şi trăiri ale sinelui legate între ele printr-un principiu comun şi separate printr-un hotar de alte stări care au fost reunite de alţi factori. Astfel, Starea Eului A poate reprezenta toate acele comportamente şi experienţe unite de factorul comun de a se fi petrecut când participantul era în clasa I. Starea Eului B poate reprezenta un set similar de elemente care sunt incluse în noţiunea de relaţie cu figurile parentale. Starea eului poate fi mare sau mică. Un alt fel de a ne gândi la starea eului poate fi similar cu structura Statelor Unite, care includ state, ţinuturi, oraşe, districte şcolare şi păduri naţionale, fiecare organizat în jurul unui concept central ce include o serie de obiective legate între ele printr-o jurisdicţie comună şi separate de alte state printr-o graniţă.

J. Watkins (1978) a modificat şi extins conceptele lui Federn pentru a furniza analiza raţională a unei metode de psihoterapie, care poate fi hipnotică sau nonhipnotică. El a considerat că structura unei personalităţi normale este organizată în două stări ale eului din pricina economiei jurisdicţiei, întocmai aşa cum este lăsată în seama autorităţii federale interacţiunea întregii naţiuni cu alte ţări, în timp ce responsabilităţile specifice le revin autorităţilor locale. În cadrul personalităţii, la un anumit moment, o stare are de obicei rol „executiv". Este constituită de „sine" în „prezent". Include acele comportamente şi trăiri care sunt active acum şi care sunt resimţite şi puse în practică. În acest moment, starea executivă este cel mai puternic energizată cu ego-catexie. Alte stări, separate printr-o graniţă de starea executivă, sunt, pentru moment, relativ imobilizate. Impactul lor asupra individului este „inconştient". De exemplu, când oamenii se află la o petrecere, o stare este executivă şi un set de comportamente şi trăiri este operativ. Când sunt la muncă a doua zi, starea de petrecere încetează să mai fie executivă şi este înlocuită de o alta. Individul se comportă şi se simte diferit. Tot aşa, o persoană hipnotizată se află într-o stare diferită, deci este activat un alt set de comportamente şi trăiri. Hipnoza, prin capacitatea sa de a manipula catexia, poate dezactiva o stare prezentă şi o poate face pe alta activă, la fel cum în cazul regresiei la o anumită vârstă participanţilor li se induce retrăirea vechilor experienţe şi reprimarea conştienţei asupra prezentului.

Graniţele între stările eului variază ca grad de permeabilitate de la o persoană la alta şi, probabil, în cazul aceluiaşi individ, de la o

perioadă la alta. La un capăt al şirului există o comunicare aproape completă între elementele diferitelor stări. Graniţele sunt permeabile, iar jurisdicţia federală asupra întregii persoane o fac să fie puternic integrată. La celălalt capăt se află personalităţile cu adevărat multiple (tulburările de identitate disociată) în cazul cărora hotarele între stările respective sunt atât de rigide şi impermeabile, încât „Mary" nu ştie absolut nimic despre existenţa lui „Joan", iar când unul este executiv, este amnezic cu privire la perioada în care celălalt era activ. Majoritatea oamenilor se află undeva la mijloc. Există şi o disociere parţială şi există multe personalităţi multiple latente. O astfel de stare a eului, sau personalitate multiplă neexprimată, poate explica „observatorul ascuns" al lui Hilgard. Hilgard şi Hilgard (1975) scriu: „Nu înseamnă că există un fel de personalitate secundară cu o viaţă proprie – un soi de omuleţ pândind în umbra persoanei conştiente". Observatorul ascuns este doar o etichetă convenabilă pentru sursa informaţiilor obţinute prin intermediul experimentelor de scriere şi vorbire automată. Se pare că nu au încercat să excludă posibilitatea ca acest observator ascuns să fie o stare a eului sau o personalitate multiplă latentă.

Watkins şi Watkins (1979-1980) au extins cercetarea lui Hilgard la câţiva observatori ascunşi, localizaţi în interiorul unui participant foarte susceptibil la hipnoză, prin răspunsuri la întrebări cum ar fi „Care este numele tău?", „De unde vii?", „De când te afli în această persoană?", „În ce circumstanţe te-ai născut?", „Care este rolul tău în interiorul lui George?" şi aşa mai departe. Au descoperit că aceste entităţi se descriau ca având identitate, conţinut şi funcţii specifice în economia psihicului întregului individ şi, de multe ori, îşi puteau indica originile – uneori legate de evenimente traumatice. Cu alte cuvinte, acţionau ca „personalităţi multiple ascunse". O explorare ulterioară a fenomenelor legate de observatorul ascuns ar putea avea implicaţii semnificative în teoria personalităţii.

Teoriile stărilor eului ale lui Federn par să meargă în paralel şi se aseamănă cu genul de descoperiri raportate de Hilgard, exceptând faptul că ele sunt exprimate într-o terminologie mai degrabă psihanalitică decât comportamentală. Dacă este adevărat, atunci sistemele de control cognitiv şi stările eului sunt pur şi simplu două nume pentru aceleaşi fenomene, adică părţi disociate ale eului. Dacă hipnoza este considerată o modalitate de manipulare a catexiilor, atunci ea are capacitatea de a schimba subiectul în obiect, şi invers;

asta înseamnă că poate fi folosită pentru a schimba o parte sau mai multe din „eu" într-un „el", şi înapoi. Psihanaliştii au folosit termenul *introiecţie* pentru a reprezenta internalizarea unui obiect. Totuşi, odată internalizat, îl tratează ca şi cum ar fi parte a sinelui. Kubie şi Margolin fac asta când vorbesc despre „încorporarea" terapeutului în eul participantului.

A existat destulă confuzie în multe scrieri despre psihanaliză din pricina nereuşitei de a face distincţia între subiect şi obiect. Un „introiect" poate fi comparat cu o bucată de mâncare nedigerată din stomac, internalizată ca obiect. Se află în interiorul persoanei, dar nu este o parte a ei. Odată ce mâncarea a fost metabolizată, asimilată şi încorporată în structura protoplasmică a individului, ea nu mai este un obiect, ci o adevărată pare din „eu". Acest proces este analog identificării prin care un obiect mental este încorporat în sine. Federn face clar distincţia între subiect şi obiect prin faptul că un obiect mental este activat doar de catexia obiectuală. Atunci când acesta este înlocuit de energia sinelui sau a eului, „obiectul" de mai înainte devine acum „subiect". Identificarea a avut loc.

Folosirea termenului *identificare* reprezintă un proces, iar entitatea creată de acel proces este confuză. Pentru că nu există nici un substantiv care să reprezinte entitatea creată de procesul de identificare, aşa cum *introiect* este entitatea creată de procesul de introiecţie, Watkins şi Watkins (1981) au propus termenul *identofact*. Prin intermediul identificării (învestirea unui obiect internalizat cu ego-catexie), obiectul a fost schimbat în subiect şi acum este denumit *identofact*. Această distincţie este importantă pentru înţelegerea diverselor manipulări hipnotice. Hipnoza ne face să putem schimba un introiect într-un identofact, şi invers. Kubie şi Margolin au vorbit despre încorporarea terapeutului în eul participantului, astfel încât vocea acestuia să devină gândul participantului şi să fie percepută ca atare. Asta înseamnă că o introiecţie iniţială este urmată, în timpul procesului de inducţie, de o schimbare a acelui introiect într-un *identofact* prin învestirea lui cu energia eului sau a sinelui. Acest lucru este obţinut prin atenţie modificată, concentrare şi direcţionarea energiilor eului în cadrul relaţiei hipnotice.

Watkins şi Watkins (1997) au creat o abordare terapeutică pe care au numit-o „terapia stărilor eului", bazată pe ideea că anxietatea este cauzată de conflictul dintre două stări diferite ale eului. Atât cu ajutorul hipnozei, cât şi fără, ei activează, pe rând, diferitele stări

componente ale conflictului (le fac să fie executive), stabilesc rolul pe care fiecare îl are în „familia" stărilor eului şi încearcă să rezolve conflictul. Terapia stărilor eului implică aplicarea tehnicilor din terapiile de grup şi familiale în tratarea conflictului din interiorul „familiei stărilor eului" care constituie o singură persoană.

Logica transei ca esenţă a hipnozei

Orne (1959, 1979) a susţinut că esenţa hipnozei - şi ceea ce îi deosebeşte pe cei cu adevărat hipnotizaţi de simulatori - este abilitatea participanţilor hipnotizaţi de a amesteca liber percepţii derivate din realitate cu cele ivite din imaginaţie. Orne a numit această caracteristică a toleranţei la inconsistenţele logice *logica transei*. Ea se poate manifesta după cum urmează: participanţilor cu adevărat profund hipnotizaţi („realilor") li se dă halucinaţia că vor vedea un anume prieten stând pe scaun în faţa lor. Apoi sunt scoşi din transă. Ei îşi văd „prietenul" şi e posibil să intre în vorbă cu el. Atunci, participanţilor li se cere să se uite în spatele lor, unde se află adevăratul prieten, şi sunt întrebaţi: „Păi atunci el cine este?". Realii vor da dovadă de inconsistenţă logică sau logică a transei spunând că văd prietenul real, dar şi imaginea halucinată. Participanţii care simulează hipnoza, pentru că au spus deja că văd imaginea halucinată, tind să nege că văd prietenul real. Ei simt nevoia să dea dovadă de consistenţă logică.

Logica transei este legată îndeaproape de gândirea concretă sau de procesele primare ce caracterizează raţiunea psihoticilor, reacţiile disociative, oamenii primitivi şi copiii (vezi Kasanin, 1944). Indiferent dacă logica transei reprezintă sau nu esenţa hipnozei, există probe substanţiale (Sheehan, 1977) că ea este un factor semnificativ în dovedirea comportamentului hipnotic autentic, în opoziţie cu comportamentele obţinute doar prin sugestie sau joc de rol.

O teorie a psihologiei eului privind hipnoza

Teoria lui E. Fromm (1992) se bazează, în mare măsură, pe conceptele dezvoltate în psihanaliza clasică şi neoclasică. Ea a remarcat, înainte de toate, că hipnoza este o stare de conştienţă modificată, diferită de starea de veghe. Până prin 1885, psihologia recunoştea doar două

stări : starea de veghe și starea de somn. Prima era definită ca una în care operăm cu conștiența. Somnul era considerat o stare nonconștientă și, prin urmare, nu merita cercetat. Apoi, la trecerea în secolul următor, Freud (1900-1953) a făcut marea lui descoperire : inconștientul. El a identificat trei stări mentale : conștientul (acela care este, la un moment dat, conștiența perfect trează), preconștientul (acela care nu este complet conștient, dar care poate fi adus la conștiență prin simpla lui aducere în atenția cuiva) și inconștientul (acele conținuturi mentale, amintiri, fantezii, gânduri și afecte care rezistă încercărilor de a fi aduse în conștiență). El a considerat visele o stare specială de conștiență foarte importantă ; mai precis, „calea regală spre activitățile inconștiente ale minții" (Freud, 1900-1953, p. 608). Fromm a susținut că visele nu constituie cu siguranță singura cale regală spre inconștient. Hipnoza este o alta. Corespunzător, în general, teoriei neodisocierii privind hipnoza, Fromm a scos în evidență primele cercetări ale lui William James (1890, 1935, p. 298) asupra stărilor de conștiență modificate, în care James sublinia că forma noastră normală de conștiență, atunci când suntem treji, este doar un tip de conștiență și că, despărțite de ea prin cele mai șubrede paravane, stau potențiale forme de conștiență complet diferite. James a accentuat faptul că putem trece prin viață fără să le bănuim existența, dar în prezența stimulilor potriviți ele sunt, în totalitatea lor, tipuri diferite de mentalitate, care întrerup conștiența obișnuită.

Fromm a recunoscut și că o stare cognitiv-perceptuală diferită de starea de trezie are propria sa realitate resimțită. Ea a îmbrățișat ideea unei implicări involuntare sau inconștiente așa cum a elucidat-o Shor (1979). Simplificând și mai mult conceptul, ea a remarcat că individul ar putea recunoaște starea hipnotică de conștiență modificată ca fiind „diferită de starea de veghe". Totuși, din punct de vedere subiectiv, stările foarte puternic schimbate nu trebuie neapărat să se traducă în comportament fățiș, ușor de măsurat sau de observat de către un observator din afară (Fromm, 1979 ; Shor, 1979). Date fiind aceste antecedente la teoria ei ego-psihologică privind hipnoza, Fromm (1992) a afirmat că hipnoza nu ocolește eul. Mai degrabă contrariul ; persoana hipnotizată poate auzi, vedea, mirosi și poate produce imagini, gânduri și chiar mecanisme de apărare. Toate acestea sunt, desigur, funcții ale eului.

Fromm a văzut modelul conştienţei hipnotice al lui E. Hilgard (1977) ca pe unul orizontal, în care toate subsistemele sunt la acelaşi nivel. În loc să teoretizeze hipnoza ca pe un proces al neodisocierii, ea (Fromm, 1965, 1976) a interpretat mai degrabă procesul disocierii, care are loc atât de uşor în starea de hipnoză, ca pe o disociere a eului care experimentează de eul observator. Prin urmare, modelul ei psihanalitic al conştienţei, percepţiei preconştiente şi inconştiente în transă este unul vertical, în care, la fel ca în teoria psihanalitică, inconştientul, preconştientul şi conştientul sunt privite ca stări mentale aşezate în ordine crescătoare (Gill şi Brenman, 1959).

Fromm (1977, 1992) a considerat hipnoza o regresie adaptativă, corespunzătoare regresiei în slujba eului. Ea a considerat că starea de hipnoză cauzează o relaxare modulată de eu a barierelor defensive, permiţând o reîntoarcere la un proces primar de gândire, mai puţin realist. Ea a subliniat că acest lucru este, de asemenea, temporar şi limitat la perioada de transă hipnotică relativ profundă. Important este că Fromm a văzut regresia în slujba eului ca fiind sănătoasă. Ea a remarcat că a renunţa la controlul obişnuit şi a face un pas înapoi pe scara dezvoltării pentru a putea apoi înainta mai mulţi paşi este într-adevăr definiţia „regresiei în slujba eului" sau, aşa cum a numit-o Hartmann (1939/1958), „regresia adaptativă".

Fromm (comunicare personală, 11 august 2002) a explicat că toate acestea ar trebui să fie evidente, că, de exemplu, o persoană care suferă din cauza unei răceli se poate cuibări în pat „întocmai ca un copil", uitându-se ore în şir la programe TV uşurele şi fără sens, lăsându-se pur şi simplu în grija celorlalţi. Această regresie o ajută să se facă bine, să redevină sănătoasă şi independentă mult mai repede. Mai departe, a asemuit această activitate cu luarea unei vacanţe în timpul căreia omul se distrează, doarme sau citeşte materiale care nu îl solicită prea mult. E clar că aceste regresii în slujba eului sunt nonpatologice şi sănătoase. Fromm a scos în evidenţă faptul că procesul secundar de gândire se găseşte mai degrabă în cuvinte şi propoziţii decât în imagini. Este rezultatul impactului realităţii şi, prin urmare, este realitate direcţionată spre anumite scopuri, operând astfel cu concepte practice şi abstracte ordonate în mod logic. Este modul cognitiv care domină zi de zi la un adult normal. Când procesul primar intervine spontan la adultul sănătos, el reprezintă o intrare din partea impulsurilor sau a eului inconştient, ambele putând îmbogăţi logica conştientă şi modurile

de gândire de altfel obişnuite. Fromm a subliniat că procesul primar de gândire nu este abandonat atunci când procesul secundar de gândire este în funcţiune. Concluzia este că gândurile noastre nu sunt aproape niciodată lipsite de o formă minoră de imaginaţie şi chiar în cele mai profunde stări de transă sau poate chiar în visele din timpul nopţii rămân mereu elemente de realism şi logică. Pur şi simplu nu există o linie clară de demarcaţie între cele două. Procesele primare sănătoase caracterizează în special gândirea intuitivă şi creativitatea[1], în timp ce procesele primare patologice sunt halucinaţiile schizofrenice şi gândirea psihotică. În cazul psihoticilor, procesul primar copleşeşte logica procesului secundar şi orientarea în realitate. Nici energia procesului primar, nici cea a procesului secundar nu pot fi investite în imaginaţie.

În conformitate cu teoria neodisocierii a lui E. Hilgard (1977) şi cu abundenţa de alte teorii orientate spre stare, argumentarea lui Fromm afirmă convingător că starea de hipnoză este orice altceva, mai puţin „procesul special" propus de Spanos (1982). În starea de conştienţă indivizii sunt orientaţi în principal spre realitate şi se află la nivelul proceselor secundare. Când cineva intră în starea de hipnoză, balanţa se înclină spre polul proceselor primare al funcţiilor mentale. Transa conştientă este atunci o formă de imaginaţie la nivelul proceselor primare, în care individul este captivat şi aflat sub un oarecare grad de hipnoză, deşi aparent treaz. De asemenea, Fromm face diferenţa între atenţia concentrată sau focalizată, pe de o parte, şi atenţia expansivă sau liberă, pe de altă parte (Fromm, 1979). Ea a observat că atenţia, absorbţia (Tellegen şi Atkinson, 1974) şi orientarea generală în realitate (Shor, 1959/1969) sunt şi ele părţi importante ale stării hipnotice. Deşi provin din psihologia cognitivă, Fromm a considerat atât atenţia, cât şi absorbţia ca reprezentând funcţii ale eului. În timp ce capacităţile de absorbţie ale persoanei sunt înţelese când intră în starea hipnotică, orientarea generală în realitate dispare în fundalul conştienţei. Atenţia este un proces cognitiv, iar congniţia este o funcţie a eului. Absorbţia este un produs al receptivităţii eului şi al atenţiei concentrate.

În anii '80, Fromm şi colegii săi de la Universitatea din Chicago şi-au concentrat atenţia pe identificarea de variabile structurale ce caracterizează starea de hipnoză (Fromm, 1981, 1988 ; Fromm şi Kahn, 1990). Aceste variabile includ absorbţia (Tellegen, 1981), atenţia concentrată şi cea expansivă (liberă) (Fromm, 1969), activitatea

eului şi receptivitatea. Orientarea generală în realitate (Shor, 1959/1969) se estompează în fundalul conştienţei pe măsură ce individul intră în starea hipnotică. Contextul stării hipnotice poate include, de obicei, imaginaţie sporită; hipermnezie; o largă varietate de gânduri, emoţii, vise hiperactive; autosugestii senzoriale şi fenomene motorii (Fromm, 1988). Gradul până la care aceste caracteristici sunt resimţite de individ depinde de profunzimea transei.

Spre deosebire de alţi autori psihanalitici, Fromm a supus experimentării o parte din ipotezele ei legate de hipnoză. De exemplu, pentru a testa dacă hipnoza este o regresie în slujba eului, o echipă de cercetare a administrat testul Rorschach unui număr de 32 de pacienţi treji şi aflaţi în stare de hipnoză. Descoperirile au arătat că în hipnoză exista o creştere semnificativă a proceselor primare de gândire. Totuşi, această creştere nu a fost uniform reflectată în creşteri ale funcţiilor de apărare şi adaptare care să fie prezise de teoria psihanalitică.

Mai mult, au descoperit că hipnoza nu a avut nici un efect asupra punctajelor corespunzătoare *Scalei Regresiei Adaptative* a lui Holt (Holt, 1963). O activitate a eului predominant flexibilă şi extensivă şi un nivel mai crescut al activităţii mecanismelor de adaptare au caracterizat starea hipnotică. În mod unic, comparativ cu femeile, bărbaţii au produs semnificativ mai multe procese primare în starea de hipnoză decât în starea de conştienţă (Fromm, Oberlander şi Gruenewald, 1970). Descoperirile au fost reproduse şi extinse de Levin şi Harrison (1976), care au folosit *Testul Apercepţiei Tematice* şi testul Rorschach pentru a induce vise. Şi ei au descoperit o creştere semnificativă a proceselor primare de gândire sub hipnoză, dar, din nou, participanţii nu au demonstrat, la nivel universal, creşterea sub hipnoză a controalelor şi apărării ce ar trebui să facă posibilă folosirea adaptativă a regresiei. Important, Levine şi Harrison au recunoscut că este posibil să fi eşuat în obţinerea unei confirmări depline a regresiei adaptative pentru că este posibil ca participanţii să fi fost doar uşor hipnotizaţi şi să nu fi ajuns la un nivel adecvat de transă profundă.

Cercetările laboratorului nostru (A. Barabasz, 1982; A. Barabasz *et al.*, 2003) au contrazis una din cele şase caracteristici ale regresiei în slujba eului ale lui Gill şi Brenman, pe când studiile laboratorului lui Fromm şi cele care reproduc munca ei au izolat din punct de vedere statistic doi factori relativ independenţi şi au descoperit pe cale experimentală dovezi pentru unul, dar nu şi pentru celălalt.

Fromm *et al.* (1970) au arătat că transa hipnotică a dus la o creştere semnificativă a proceselor primare (infantile) ale activităţii mentale. Totuşi, contrar aşteptărilor cercetătorilor, hipnoza nu a avut nici un efect însemnat asupra regresiei adaptative, despre care se credea că implică înapoierea din punctul de vedere al dezvoltării şi apoi progresul.

Date fiind aceste informaţii, Fromm nu a renunţat la ideea că hipnoza este o formă de regresie în slujba eului, dar a tras concluzia că simpla intensificare a proceselor primare nu poate fi suficientă pentru a demonstra regresia adaptativă. Ea a insistat că trebuie să existe o combinaţie sau un echilibru a doi factori pentru a constitui regresia în slujba eului (Fromm, 1992).

Poate că cea mai importantă contribuţie a lui Fromm la cunoaşterea noastră este faptul că munca ei a contrazis ideea lui Freud conform căreia hipnoza ocoleşte eul. Un concept mai potrivit pentru hipnoză este starea de conştienţă modificată, în care eul funcţionează într-o manieră destul de diferită faţă de starea de trezie. Deşi persoanele hipnotizate îşi păstrează capacitatea de a observa şi reflecta, chiar de a gândi şi experimenta aşa cum doresc, este clar că toate acestea sunt funcţii ale eului. Individul profund hipnotizat, cel la care starea de transă a fost într-adevăr obţinută, poate halucina obiecte care nu pot fi halucinate în starea de conştienţă orientată în realitate şi bazată pe procesele secundare. La un nivel sau altul, hipnoza implică o înclinare spre procesul primar, păstrând în acelaşi timp unele aspecte ale procesului secundar. În loc să ocolească eul, persoana hipnotizată demonstrează mai degrabă o receptivitate şi mai mare a acestuia decât o persoană trează. Ea îşi domoleşte vigilenţa şi mecanismele de apărare, permiţându-le în acelaşi timp stimulilor generaţi la nivel intern (A. Barabasz, 1982) să se stabilească la nivelul hipnotic al conştienţei.

Este limpede că receptivitatea este unul dintre cele mai importante aspecte ale hipnozei şi este deseori greşit etichetată drept *sugestibilitate*. Receptivitatea ajutată de hipnoză facilitează existenţa libertăţii de a le permite fanteziilor, amintirilor, gândurilor şi afectelor să se ridice la nivel conştient în timpul transei hipnotice. Atunci, starea hipnotică este caracterizată de o mai mare intensitate afectivă decât starea de conştienţă şi de tendinţa de a percepe imaginaţia ca fiind reală. Fromm (comunicare personală, 11 august 2002) a recunoscut că teoria ei despre hipnoză nu include toate aspectele importante ale

relaţiei de transfer afectiv şi rolul acesteia în obţinerea transei hipnotice, rol pe care îl scot în evidenţă autorii prezentei lucrări.

Teoria neodisocierii privind hipnoza

În timpul disocierii, unele comportamente şi trăiri par să fie separate de celelalte. În termenii psihanalizei există o diviziune în interiorul eului care îl separă în două sau mai multe stări diferite. Dacă disocierea este îndeajuns de severă, apar personalităţile multiple (tulburări de identitate disociată) în care fiecare entitate uită de existenţa celeilalte. Aceste două personalităţi pot fi „executive" cu rândul. Aşadar, cât timp funcţionează personalitatea A, personalitatea B este inactivă, adormită sau inconştientă. Când apare personalitatea B, nu îşi aminteşte nimic despre perioada în care personalitatea A era activă. Aceste personalităţi multiple alternante au fost observate de Janet (1889) şi clasificate ca o formă de isterie în cursurile sale de la Harvard din 1907. Janet a recunoscut că disocierea nu trebuie să fie completă, ca în cazul tulburării de identitate disociată, şi a susţinut existenţa disocierii parţiale în sensul că ideile disociate ar putea totuşi afecta viaţa emoţională a pacientului (James, 1890).

Atracţia lui Hilgard spre fenomenul disocierii a putut fi remarcată pentru prima dată în anii în care a început să scrie întâia sa carte despre hipnoză (Hilgard, 1965). Hilgard a descoperit că termenul *disociere*, în special *disociere parţială*, este mult mai util, ca interpretare a fenomenelor hipnotice, decât *regresie* (pp. 392-393, 395-396). Cu mult înaintea creşterii interesului pentru tulburările de personalitate multiplă (tulburările de identitate disociată), laboratorul lui Hilgard de cercetare a hipnozei de la Stanford a fost implicat în numeroase studii experimentale care au scos la iveală tipuri de disocieri mai puţin pătrunzătoare, cum ar fi cele din hipnoza de rutină, aşa cum arată exemplul solid prezentat la începutul acestui capitol.

La început, focalizarea lui Hilgard asupra disocierii s-a bazat în întregime pe interesul lui pentru cercetarea alinării durerii prin hipnoză. Asta implica, mai întâi, administrarea sugestiilor hipnotice de analgezie asupra unui braţ plasat în apă rece. S-au obţinut răspunsuri care, aparent, indicau lipsa durerii, participanţii nu manifestau nici un comportament suferind evident şi spuneau că nu simt nici o durere. Bineînţeles că astfel de fenomene au fost bine documentate

încă de pe vremea lui Esdaile. Totuşi, când au fost întrebaţi, sub hipnoză, dacă există „vreo parte" a persoanei care simte durerea, majoritatea participanţilor au răspuns afirmativ. Comunicarea cu această parte a fost stabilită prin metoda scrisului automat, în care mâna este disociată de restul corpului şi pusă să scrie independent despre experienţa trăită. Din pricina lentorii acestei proceduri, comunicarea a fost schimbată în „vorbire automată", în care vocea este disociată şi vorbeşte pentru această parte independent şi separat de restul persoanei.

Studiile lui Hilgard şi Hilgard (1975) au arătat că, în ciuda faptului că deseori existau puţine dovezi *evidente* de durere când sugestia analgeziei era indusă hipnotic, experienţa durerii şi amintirea ei erau înregistrate *pe ascuns* şi puteau fi relatate de această parte ca observator ascuns. O demonstraţie clasică făcută de E. Hilgard în cadrul cursurilor de la Universitatea Stanford şi reluată acum în propriile noastre săli de curs poate implica ceva de genul surzeniei sugerate. După ce inducţia hipnotică s-a realizat cu succes, se sugerează că indivizii pot auzi la un anumit nivel, după care cineva le spune că pot auzi într-o oarecare măsură chiar dacă sunt surzi din punct de vedere hipnotic şi, dacă aşa este, să semnaleze ridicând degetul arătător. Invariabil, degetul este ridicat.

Un experiment similar poate fi făcut folosind sugestii anestezice, după ce hipnoza a fost indusă cu succes, pentru a atenua durerea în loc să fie sugerată hipnotic surzenia. Această procedură implică anestezierea hipnotică a mâinii şi apoi aşezarea ei în apă curgătoare rece ca gheaţa. Chiar dacă, în mod conştient, participanţii spun că nu simt nici o durere, un semn cu degetul poate fi folosit pentru a arăta că durerea este resimţită undeva, de o parte a participantului. Teoria lui Hilgard susţine că acest „ceva" este un „sistem cognitiv structural" de bază, pe care l-a denumit „observator ascuns" (E. Hilgard, 1977).

Hilgard a considerat observatorul ascuns doar o metaforă sau o etichetă convenabilă pentru informaţia obţinută şi nu o personalitate secundară, cu o viaţă proprie. În schimb, Watkins şi Watkins (1997) au considerat observatorul ascuns echivalent cu fenomenele stărilor eului. În consecinţă, J. Watkins şi H. Watkins au repetat părţi ale acestor studii ce implicau surzenia indusă hipnotic, transformând-o în anestezie indusă hipnotic pentru a atenua durerea şi folosind verbalizările lui pentru a face sugestiile. Au folosit ca participanţi pacienţi care urmaseră terapia stărilor eului cu Hellen Watkins şi

cărora ea le cunoştea deja stările majore ale eului. Apoi au activat observatorii ascunşi folosind verbalizarea lui Hilgard şi i-au cercetat în continuare. Au găsit diferite stări ale eului, multe dintre ele fiind deja observate în terapie (Watkins şi Watkins, 1979-1980).

Hilgard a devenit mai explicit şi a propus ideea că personalitatea umană este împărţită în două „sisteme cognitive de control" şi că, în aceste experimente ce implică surzenia, durerea ascunsă este înregistrată de un sistem cognitiv de control secundar, care în mod normal nu are cale de comunicare cu lumea exterioară sau cu alte sisteme primare care sunt hipnotizate. Hilgard a presupus că acest sistem cognitiv de control secundar este separat prin „bariere" de cel primar şi de comunicarea cu exteriorul, dar că, sub hipnoză, barierele pot fi sparte cu ajutorul tehnicilor de scriere şi vorbire automată, făcând astfel posibilă verificarea existenţei durerii ascunse, în absenţa indicatorilor normali, observabili.

Sutcliffe (1961), venind dinspre explicaţia sociopsihologică (a influenţei sociale) a hipnozei, i-a acuzat pe participanţii lui Hilgard că se amăgesc singuri. Dacă obţineau o reducere a durerii, dar nu făceau dovada unor indicatori fiziologici identici cu cei obţinuţi prin folosirea anestezicelor locale sau generale, Sutcliffe îi considera amăgiţi. Logica lui este îngustă, deoarece durerea este senzaţia că ceva suferă, iar mai puţină durere înseamnă că suferă mai puţin. Schimbările fiziologice, cum ar fi tensiunea arterială, ritmul cardiac sau alte „alaiuri" ale durerii resimţite, nu trebuie să fie la fel pentru ca insensibilităţile la stimulii dureroşi să fie autentice. Când durerea dispare, dispare şi suferinţa, iar fenomenul observatorului ascuns lămureşte aceste chestiuni. Hilgard şi Hilgard (1975, 1983) au analizat explicaţiile fiziologice şi psihanalitice ale acestui fenomen, plecând de la consideraţii asupra dualităţii acţiunii emisferelor dreaptă şi stângă în interiorul creierului, până la „structuri parţiale temporare în interiorul eului", similare personalităţilor multiple. Ei au propus ideea conform căreia sugestia hipnotică poate aparent „schimba controalele de la un sistem la altul" şi au spus că dacă aceste sisteme ar fi cercetate intens s-ar dovedi că reprezintă „mecanisme mai largi decât cele aplicabile doar durerii şi suferinţei". Atunci ar putea fi aplicate proceduri hipnotice pentru a rearanja „ierarhiile de control asupra altor sisteme decât cele implicate în durere". Câţiva ani mai târziu, Spiegel, Bierre şi Rootenberg (1989) au testat reacţia creierului prin intermediul potenţialelor legate de eveniment (*event-related*

potentials – ERP) (vezi A. Barabasz *et al.*, 1999) şi au demonstrat convingător că hipnoza foloseşte la atenuarea reacţiei creierului la stimulii dureroşi. Afirmaţia lui Sutcliffe (1961) că atenuarea durerii obţinută prin hipnoză nu este susţinută de indicatorii fiziologici a fost contrazisă.

Gândirea lui Hilgard şi Spiegel a revigorat teoria hipnozei ca formă de disociere, cu implicaţii semnificative pentru reevaluarea a ceea ce constituie structura şi funcţionarea normală a personalităţii. Generalul Norman Schwartzkopf (1992) a dat un exemplu interesant în autobiografia sa de după Războiul din Golf: „Pe când ieşeam pe poartă, am avut aceeaşi veche senzaţie pe care o avusesem mai toată după-amiaza: o disociere de propriile acţiuni. Era un soi de experienţă extracorporală, ca şi cum aş fi stat la o distanţă sigură, în timp ce Schwartzkopf ieşea din nou din perimetru cu riscul de a fi împuşcat. Dar nu era nimic straniu sau mistic în asta. Eram, într-un fel, pe pilot automat".

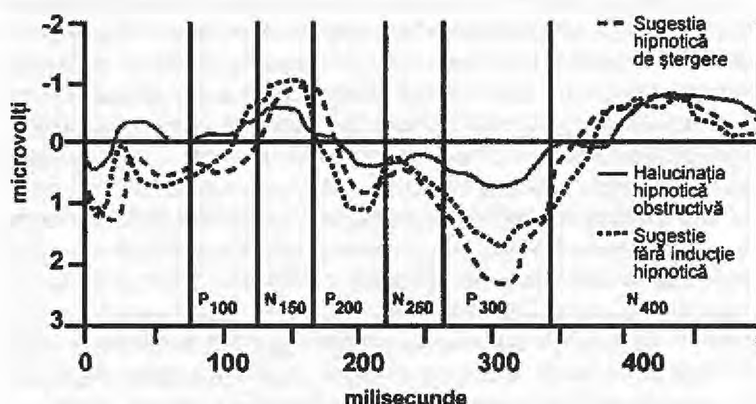


Figura 3.1. Răspunsurile cerebrale EEG ale potenţialului legat de eveniment (ERP) la sugestiile hipnotice alternative de surzenie sub hipnoză şi în condiţii nonhipnotice (Date din Barabasz *et al.*, 1999).

Notă: Deviaţiile descendente indică ERP-uri mai mari ale creierului. În starea hipnotică, cererea unei surzenii complete arată o reţinere puternică, în timp ce o sugestie obstructivă (dopuri pentru urechi) atenuează răspunsul cerebral.

Hipnoza ca o concentrare focală intensă

Spiegel şi Spiegel (2004) au subliniat, aşa cum fac majoritatea teoreticienilor, faptul că nu există o linie despărţitoare absolută între modificarea hipnotică a conştienţei şi cea nonhipnotică. Experienţele disociate, în care conştienţa critică a cuiva cu privire la lumea înconjurătoare este suspendată, se petrec în mod natural. Ele includ: a) visatul cu ochii deschişi; b) concentrarea intensă asupra unei munci sau a unui joc; c) a fi captivat (de o carte sau stimuli audio sau video); d) naşterea naturală în timpul căreia durerea nu este resimţită; e) stări de fugă spontană ce implică activităţi conştiente fără o aducere aminte ulterioară (vezi A. Barabasz, 1980); f) intensitatea a doi oameni îndrăgostiţi care sunt atât de preocupaţi unul de celălalt, încât nu mai ştiu nimic despre alţi oameni sau alte semnale din jurul lor. Spiegel şi Spiegel au fost de acord cu teoria sociologică prin care se afirmă că efectul placebo apare ca răspuns la un context situaţional (pentru o trecere în revistă mai completă a complexului efect placebo, vezi Shapiro şi Morris, 1978). Cu toate acestea, în puternică opoziţie cu teoria sociopsihologică, Spiegel şi Spiegel au explicat că efectul placebo se poate datora stărilor de transă spontană. Hipnoza spontană a fost abordată experimental prima dată de Hilgard şi Tart (1966) şi apoi expusă în alte câteva studii (A. Barabasz, 1990a, 1990b, 1990c, 2000).

Acum un sfert de secol, Spiegel şi Spiegel (1978, pp. 22-34) au teoretizat hipnoza ca stare psihofiziologică (aducem în discuţie numeroase studii experimentale controlate efectuate recent, care susţin această poziţie, în altă parte a acestui capitol). Starea hipnotică este caracterizată de capacitatea participantului de a susţine o stare de atenţie, de concentrare focală intensă, receptivă, cu o conştienţă periferică diminuată. Mai curând decât o stare de relaxare, starea de hipnoză apare la individul alert, care are capacitatea de a se implica intens într-un singur punct în spaţiu şi timp. Astfel, starea hipnotică implică o contracţie a conştienţei sau a implicării în alte puncte din spaţiu şi timp. Atenţia focală intensă necesită eliminarea distragerii din partea stimulilor irelevanţi, creând astfel o dialectică între conştienţa focală şi cea periferică. Indivizii capabili să intre sub hipnoză îndeplinesc o singură sarcină, eliberându-se în acelaşi timp de alte distrageri. Această capacitate specială de a fi absorbit a fost susţinută

prin mai multe cercetări (A. Barabasz, 1980c, 1982, 1984a ; Barabasz, Barabasz şi Mullin, 1983). Trăsătura poate fi testată folosind o simplă scală adevărat sau fals creată de Tellegen şi Atkinson (1974), care au arătat de asemenea că susceptibilitatea ridicată la hipnoză este corelată cu absorbţia.

Pentru a elucida şi mai mult natura fenomenului de transă hipnotică, Spiegel şi Spiegel (2004) l-au asemuit câmpului vizual al cuiva (capacitatea vizuală maculară) care este doar un mic arc de 5-7 grade. Oamenii pot vedea în detaliu o mică parte a ceea ce ne înconjoară, restul câmpului vizual fiind înceţoşat şi lipsit de culoare. Creierul nostru face presupuneri şi compune un mediu vizual înconjurător relativ detaliat, stabil şi colorat, bazându-se pe mostre instantanee. Rămâne la alegerea noastră dacă ne focalizăm pe detaliu sau accesăm mediul vizual mai larg. Analog viziunii maculare, starea hipnotică este intensă, detaliată şi totuşi puternic focalizată. Atunci, conştienţa este rezultatul tensiunii dialectice între experienţele focale intense şi mai puţin intense şi integrarea experienţelor focal şi periferic. În acest caz, transa hipnotică spontană este o experienţă normală şi frecventă a oricărui individ cu capacitate hipnotică, fără a fi nevoie de vreo inducţie hipnotică formală.

Hipnoza spontană este provocată fie de o deşteptare interioară, cum ar fi implicarea imaginară (A. Barabasz, 1982), fie de semnele unei traume externe, cum ar fi un accident soldat cu răni fizice (Ewin, 1986a). Inducţia hipnotică formală disciplinează elementele care provoacă starea de transă şi adaugă complexitatea factorului de transfer afectiv interpersonal. Deşi inducţia formală a transei nu înseamnă controlarea unei persoane de către o alta, factorul relaţie poate influenţa semnificativ disponibilitatea individului de a-şi suspenda judecata critică. Atunci persoana capabilă să intre sub hipnoză va fi mai probabil capabilă să-şi extindă limitele răspunsurilor obişnuite.

Profilul inducţiei hipnotice, un test de hipnotizabilitate creat de Spiegel şi Spiegel (1978-1987, pp. 35-78), este o cale de a induce transa şi de a o măsura în acelaşi timp. Participantul învaţă să identifice starea specială de atenţie pe care o implică hipnoza, facilitându-i-se astfel abilitatea de a folosi autohipnoza. Cei doi Spiegel consideră toate tipurile de hipnoză o formă de autohipnoză.

Explicaţia sociopsihologică a hipnozei

În opoziţie cu cei care adoptă viziunea principală (vezi E. Hilgard, 1992) asupra hipnozei se află criticii hipnozei, care adoptă un punct de vedere contrar bazat pe teorii sociopsihologice (T.X. Barber, 1969; Kirsch şi Lynn, 1995; Sarbin şi Coe, 1972; Spanos şi Chaves, 1989; Spanos şi Coe, 1992; Wagstaff, 1981)[2]. Cei care propun explicaţia sociocognitivă a fenomenelor hipnotice ţintesc ca prin teoretizările şi experimentele lor să demonteze majoritatea credinţelor obişnuite, cercetărilor şi observaţiilor clinice legate de hipnoză, cum ar fi autenticitatea amneziei posthipnotice sau a halucinaţiilor hipnotice. Aşa cum a explicat E. Hilgard (1992), ei dovedesc dezgustul pentru orice interpretare care favorizează identificarea distinctă a caracteristicilor fenomenelor hipnotice în comparaţie cu forme mai mondene ale interacţiunii sociale. Ei îi iau chiar şi pe participanţii cei mai sensibili la hipnoză drept agenţi cu un scop precis care răspund cerinţelor contextuale şi care îşi ghidează comportamentul în termenii în care înţeleg acele cerinţe şi în termenii scopurilor pe care doresc să le atingă (Lynn, Rhue şi Weekes, 1990; Spanos, 1986). Adepţii teoriei sociocognitive conceptualizează hipnoza drept un simplu joc de rol, o construcţie deliberată sau o acţiune din partea unor indivizi puternic motivaţi. De exemplu, contrar numeroaselor studii experimentale controlate, pe care le vom analiza mai târziu în acest capitol sau în celelalte, şi a nenumăratelor operaţii fără durere realizate având ca singur anestezic hipnoza, ea este explicată pur şi simplu ca fiind rezultatul motivaţiei participantului, al contextului, al simplei distrageri sau al jocului de rol pentru a-i face pe plac terapeutului.

Sarbin (1950) a respins explicit cercetările şi observaţiile clinice care susţin starea de hipnoză. În schimb, diferenţele de răspuns la hipnoză au fost interpretate ca simple diferenţe între gradele la care indivizii se implică sau sunt captivaţi de jocul de rol hipnotic. După 52 de ani, Sarbin (2002) şi-a păstrat poziţia conform căreia hipnoza nu este altceva decât o activitate socială susţinută de context.

Spanos şi Coe (1992) au rezumat punctul de vedere sociopsihologic ca fiind unul care consideră că indivizii organizează informaţiile senzoriale în categorii pe care apoi le folosesc pentru a-şi ghida acţiunile. Ideea este că oamenii folosesc înţelegerea

implicită pentru a negocia situaţiile sociale, ceea ce asigură o interacţiune socială liniştită, pentru că părţile care vin în contact împărtăşesc înţelegeri similare ale unei situaţii comune şi ale rolurilor reciproce pe care le au de jucat în cadrul definiţiei situaţiei respective, pe care o împărtăşesc. Hipnoza, definită ca interpretarea unui rol, este o interacţiune cu terapeutul care se derulează în termenii unui soi de autoprezentare mutuală negociată şi ai unei validări de rol reciproce. Toate acestea implică o înţelegere tacită a „actorilor" asupra definiţiei situaţiei (contextului hipnotic) şi asupra comportamentelor pe care trebuie să le interpreteze pentru a fi consideraţi potriviţi acelei definiţii. Teoria sociopsihologică scoate în evidenţă ideea că răspunsul hipnotic poate implica simularea şi minciuna din partea participanţilor, de exemplu să se prefacă surzi când de fapt aud sau să ridice o mână chiar dacă nu simt că ar trebui. Adepţii teoriei sociocognitive mai cred şi că participanţii se pot amăgi singuri crezând că nu simt durerea sau că braţul li se ridică involuntar. Punctul de vedere dovedeşte dezinteres pentru izolarea esenţei hipnozei, în favoarea încercării de a justifica tot ce poate fi obţinut cu ajutorul ei printr-un fel de teorie generală a activităţii sociale. Spanos (1991) a plasat cuvântul *hipnoză* între ghilimele pentru a sublinia poziţia sociocognitivă care, crede el, nu se referă în vreun fel la o stare în care se află persoana, ci mai degrabă la faptul că anumite concepţii istorice privind hipnoza sunt reţinute de participant într-un context etichetat „hipnoză". Hipnoza spontană şi răspunsurile hipnotice din afara unor contexte astfel etichetate sunt ignorate.

Spanos şi Coe (1992) au expediat într-o notă de subsol cele opt investigaţii experimentale controlate asupra ERP-urilor EEG ale hipnozei *versus* cele ale sugestiilor conştiente. Diferenţele privind verbalizarea sugestiilor în hipnoză dintre studiile lui Barabasz şi Lonsdale (1983) şi cele ale lui Spiegel, Cutcomb, Ren şi Pribram (1985), care duc la creşterea sau descreşterea amplitudinilor ERP, sunt scoase din discuţie, în ciuda a două articole explicative (Spiegel şi Barabasz, 1988) care au apărut înaintea lucrării lui Sarbin. Mai târziu, ipotezele lui Spiegel şi Barabasz au fost supuse testării într-o serie de experimente complet controlate (A. Barabasz, 2000; A. Barabasz *et al.*, 1999; Jasiukaitis, Nouriani şi Spiegel, 1996; Jensen, Barabasz, Barabasz şi Warner, 2001), confirmate întru totul. La fel ca în exemplul cu *Star Trek* de la începutul acestui capitol, Sarbin a căutat şi el certitudinea absolută cu privire la funcţionarea

psihologică ce poate fi dedusă din ultimele schimbări de amplitudine ale componentei ERP, înainte de a fi dispus să admită că problema nu este dacă o parte „hipnoză" a creierului se activează, ci dacă starea de hipnoză poate fi demonstrată prin corelări fiziologice distincte, care reflectă modificări ale conştienţei corespunzătoare schimbărilor perceptuale trăite de participant. Spre deosebire de numeroasele studii care demonstrează toate astfel de schimbări datorate hipnozei, dar nu simplei sugestii, nu există nici o dovadă care să susţină ideea că asemenea schimbări EEG pot fi produse doar de jocul de rol al influenţei sociale, fără prezenţa răspunsului hipnotic.

Convergenţa teoriilor, descoperirile teoriei stărilor şi noi ţinte

Preluând sarcina dificilă începută de Spanos şi Barber (1974, p. 508), Irving Kirsch şi Steven Jay Lynn au pornit încă o dată în încercarea de a face să conveargă actualele teorii referitoare la hipnoză. Articolul lor „Starea modificată de hipnoză", apărut în *American Psychologist* (Kirsch şi Lynn, 1995), a fost citat pe scară largă. Au făcut multe în ideea de a-i îndruma pe cei care scriu texte de introducere în psihologie, depărtându-se de direcţia suprasimplificată care portretizează domeniul ca fiind dominat de două „câmpuri de luptă" diametral opuse, cărora, cel mai adesea, li se spune conceptualizarea hipnozei ca stare şi ca nonstare. Acest articol argumentează că, „de fapt, toate diferenţele substanţiale între [dintre] teoreticieni traversează această distincţie aparentă" şi că mai precis ar fi să privim starea de transă *versus* punctul de vedere al fenomenului sociopsihologic ca „puncte ale unei continuităţi" (p. 846). Mulţi dintre noi, cei din domeniu, am putea găsi numeroase aspecte cu care să fim de acord în articolul lui Kirsch şi Lynn, în special în privinţa a ceea ce Hilgard (1992) a numit „tărâmul hipnozei", adică ceea ce se întâmplă când se face o tentativă de a-i induce hipnoza unei persoane care este de acord cu asta. Totuşi, mulţi dintre noi ar recunoaşte că articolul, scris de doi dintre cei mai cunoscuţi teoreticieni adepţi ai conceptualizării sociocognitive, s-ar putea să admită prea multe trăsături comune în încercarea de a integra ideea de stare în teoria sociocognitivă. De la publicarea articolului, noi informaţii lămuresc

şi mai mult aceste chestiuni (A. Barabasz, 2000, 2004 ; Barabasz şi Barabasz, 2002 ; A. Barabasz *et al.*, 1999 ; Barnier şi McConkey, 2003 ; Killeen şi Nash, 2003 ; Koch *et al.*, 2003 ; Ray şi Tucker, 2003 ; Vermetten, 2004 ; Woody şi McConkey, 2003). Noile lucrări arată că hipnoza, în complexitatea ei, implică mai multe decât răspunsuri la sugestii, influenţă socială şi aşteptări. Barnier şi McConkey (2003) au concluzionat că acum există tot atâta divergenţă pe câtă convergenţă este la nivel teoretic. Este lăudabil că Lynn şi Kirsch au atras atenţia asupra problemelor şi chestiunilor nerezolvate. Conceptul de convergenţă a teoriilor a fost unul vremelnic, pentru că folosea la punerea în umbră a unor trăsături ale fenomenului care ne permit să studiem la modul serios problemele interacţiunii dintre viaţa mentală conştientă şi cea inconştientă. Pentru a face şi mai multă lumină în această problemă, ne vom concentra pe trei chestiuni proeminente, încercând în acelaşi timp să înlăturăm unul dintre miturile sau concepţiile greşite rămase, care continuă să dividă, fără rost, domeniul.

Deşi cercetările lui Kinnunen, Zamansky şi Nordstrom (2001) aruncă noi umbre de îndoială asupra noţiunilor privind complezenţa şi aşteptările şi aduc noi probe ce arată importanţa dovedirii apariţiei experienţei subiective (Milling, Kirsch şi Burgess, 1999), noi credem că mulţi au fost atraşi din nou spre teoria stării de transă din pricina noilor descoperiri izbitoare făcute în urma a ceea ce a devenit acum o largă serie de experimente recente.

Cercetările de ultimă oră s-au ocupat direct de limitările care au afectat primele experimente privind semnalele transei hipnotice. Au fost adăugate condiţii de control esenţiale, iar cercetătorii beneficiază de avansul important în domeniul măsurătorilor şi tehnologiei informatice care nu erau disponibile acum un deceniu. Considerate odată „improbabil să fie găsite", în vreme ce era susţinută „posibilitatea ca indicatori subtili să fie o dată şi o dată descoperiţi" (Hilgard, 1973, p. 978), semne ale hipnozei măsurabile, repetabile şi parcimonios logice erau, în sfârşit, disponibile pentru testarea realităţii transei – o subtilă şi totuşi clar identificabilă stare de conştienţă modificată. Experimentele controlate în permanenţă, cu replici după replici implicând peste o duzină de cercetători diferiţi din laboratoare ajungând până în Anglia, Italia, Noua Zeelandă şi Statele Unite, au dezvăluit semne fiziologice solide ale hipnozei.

Primul răspuns substanţial la articolul lui Kirsch şi Lynn a venit din partea lui John Kihlstrom (1997). Kihlstrom a elucidat raţionamentul

privind persistenţa controverselor dintre adepţii stării şi nonstării. Să recunoaştem că, şi fără semnele fiziologice, starea de transă a conştienţei modificate, negată de Kirsch şi Lynn în 1995, există. Kihlstrom (1997) ne reaminteşte, incontestabil, că în hipnoză există o stare de conştienţă modificată şi că „nu contează nici cât negru sub unghie dacă poate apărea şi fără o inducţie formală"; „subiecţii amnezici nu îşi amintesc lucruri pe care ar trebui să şi le amintească; subiecţii sub analgezie nu simt dureri pe care ar trebui să le simtă; subiecţii cărora li s-a cerut să fie «orbi» sau «surzi» nu văd sau nu aud lucruri pe care ar trebui să le vadă şi să le audă". Chiar şi simplele răspunsuri motorii implică o modificare a conştienţei: „Simţim în mână obiecte grele care nu sunt acolo, trăgându-ne în jos braţele întinse pe lângă corp; simţim forţe magnetice, forţe care nu există, apropiindu-ne braţele şi mâinile întinse" (Kihlstrom, 1997, p. 326). Semnele comportamentale ale modificării conştienţei pur şi simplu le sar în ochi multor medici şi cercetători. Indicatorii comportamentali au fost acolo de mult, pentru plăcerea experimentelor noastre şi pentru binele pacienţilor noştri. Acum, pe lângă lunga listă a semnelor comportamentale, ştiinţa modernă a făcut posibilă identificarea unor semne fiziologice subtile, dar solide ale răspunsului hipnotic, care nu pot fi produse de cei cărora le lipseşte talentul hipnotic, doar prin relaxare sau prin sugestie.

Kirsch şi Lynn (1995) au admis că „dacă semnele hipnozei ar putea fi identificate, ar susţine ideea că hipnoza este o stare unică de conştienţă modificată" (p. 855). Dar în acelaşi articol au perseverat cu poziţia lor sociocognitivă şi au pretins că hipnoza nu e nimic mai mult decât influenţă socială, că sugestiilor li se poate răspunde cu sau fără hipnoză şi că funcţia unei inducţii hipnotice este doar aceea de a creşte sugestibilitatea la un nivel minor. Pentru susţinerea scolastică a scepticismului lor privind existenţa semnelor fiziologice ale hipnozei, i-au citat pe Dixon şi Laurence (1992, p. 50), care considerau că rezultatele privind „distincţia fiziologică a unei presupuse stări hipnotice" nu pot fi susţinute din cauza unei „nefericite, dar obişnuite lipse a replicilor". Recentele descoperiri în legătură cu semnele fiziologice ale hipnozei au fost reflectate mai devreme de perspectiva teoretică revizuită a lui Kirsch (2003), care acum recunoaşte „stările" de hipnoză. Mai erau încă relevante criticile lui Dixon şi Laurence referitor la studiile psihofiziologice care nu au reuşit să analizeze relaxarea nonhipnotică. Aceasta ar putea fi o capcană

pentru cercetătorii nesăbuiţi, neinformaţi despre munca lui Hilgard şi Tart (1996), care au folosit de acum memorabilele controale experimentale ale „rapoartelor de stare" în seria lor de experimente, confirmând fenomenul de hipnoză spontană, aşa cum a fost analizat mai devreme în acest capitol (vezi şi H. Spiegel, 1998 ; Spiegel şi Spiegel, 2004). Hipnoza spontană poate avea loc, şi chiar are loc în cazul celor hipnotizabili, în diverse contexte, fără o inducţie formală, cum ar fi răspunsul la instrucţiuni de relaxare. Încă un element referitor la subiect, adus de Dixon şi Laurence, a fost sugestia lor că, pentru a „releva cu adevărat corelativele fiziologice ale hipnozei", ar fi necesară mai degrabă o inducţie hipnotică alertă decât una bazată pe relaxare. Tocmai acest tip de rigoare ştiinţifică de care dau dovadă mulţi cercetători ai hipnozei serioşi şi dedicaţi ne asigură că aceste probleme importante au fost abordate în cercetările recente.

Înainte de a ne concentra pe informaţiile legate de punctele-cheie pe care le-am scos în evidenţă, trebuie să înlăturăm mitul „procesului special", pornit de la Nick Spanos cu 15 ani în urmă. Contrar cercetărilor controlate ale lui Ernest (Jack) Hilgard şi descoperirilor clinice ale lui Herbert şi David Spiegel care arată că hipnoza este o parte a vieţii cotidiene pentru cei cu capacităţi hipnotice, eticheta „proces special" a prins. Aşa cum au subliniat Kirsch şi Lynn (1995), când Spanos (1982) a născocit termenul „proces special" ca denumire pentru teoria neodisocierii privind hipnoza a lui E. Hilgard (1977), etichetele „stare" şi „nonstare" au fost abandonate pe scară largă în favoarea „procesului special" şi a „social-psihologicului" de către cei cu convingeri sociocognitive. De atunci, eticheta greşită de „proces special" a fost derutantă atât pentru cei noi în domeniu, cât şi pentru cei care se străduiau să înţeleagă fenomenele hipnotice. Denumirea de „proces special" implică, în mod greşit, o stare imposibil de obţinut în viaţa de zi cu zi, în condiţii normale, inducându-i astfel în eroare pe cercetători cu privire la nevoia de a aborda apariţia hipnozei spontane când testează efectele hipnozei sau ale sugestiei. Nevoia de a obţine „rapoarte de stare" ale subiecţilor (vezi Hatfield, 1961 ; LeCron, 1953 ; Tart, 1963) a fost ignorată de prea multe ori. Astfel de rapoarte asupra profunzimii hipnozei au fost folosite atât de profitabil în perioada inteligentelor studii hipnotice din anii '60 şi au reapărut recent, într-o formă mult mai sofisticată, dezvoltate de McConkey, Wende şi Barnier (1999).

Experimentul Hilgard şi Tart (1966), ce arăta efectele semnificative ale unei inducţii hipnotice asupra susceptibilităţii la sugestie *versus* sugestia în simpla relaxare, este doar un exemplu strălucit. Rapoartele de stare au făcut posibilă evaluarea răspunsului hipnotic pe o scară de la 0 la 3. Participanţilor li se spune să răspundă „0" la întrebarea „Stare" dacă simt că sunt în starea lor obişnuită, normală, perfect trează; să răspundă „1" dacă se simt foarte relaxaţi sau se cufundă, ca şi cum ar adormi; să răspundă „2" dacă sunt într-o stare hipnotică uşoară; să răspundă „3" dacă sunt hipnotizaţi mai profund. Pentru că profunzimea hipnozei fluctuează deseori în timpul unei sesiuni, aceste rapoarte erau cerute în repetate rânduri pe durata unei şedinţe, de obicei înainte şi după o sugestie test. De exemplu, în studiul lui Hilgard şi Tart (1966), dacă participanţii erau în stare de veghe şi raportau „1", erau treziţi până când raportul era „0".

Ultimele abordări ale măsurării profunzimii hipnotice dezvoltate de McConkey şi colegii săi (McConkey, Szeps şi Barnier, 2001; McConkey *et al.*, 1999) le cer participanţilor să întoarcă un contor pentru a-şi indica profunzimea hipnotică, în termeni de variaţie a forţei trăirilor lor pe durata progresiei hipnozei la nivelul unităţii test. Participanţii întorc contorul pe măsură ce avansează în hipnoză. Pentru că există date privind inducţia, livrarea sugestiei, răspunsul participantului la sugestie, eliberarea din unitatea test şi ieşirea de sub hipnoză, există posibilitatea de a indexa variaţiile reflectărilor fiziologice ale experienţei hipnotice. Această tehnică inteligentă şi promiţătoare este folosită la ora actuală în laboratorul nostru (A.F.B.) şi în alte părţi. În sfârşit, începem să încercăm să cuantificăm, din punct de vedere biologic, complexitatea răspunsului hipnotic.

Desigur, de multe ori, medicii au obţinut în mod obişnuit anumite măsuri ale asigurării unei profunzimi hipnotice adecvate înainte de a-i solicita participantului răspunsuri dificile, cum, poate, ar fi necesare într-o procedură medicală. Din păcate, rapoartele de stare, indexarea forţei trăirilor şi hipnoza spontană au fost ignorate de cercetători, care au tras concluzii despre echivalenţa dintre sugestie şi răspunsul hipnotic veridic.

Jack şi Josephine Hilgard, Herb şi Dave Spiegel, Erika Fromm, Ron Shor, Jack şi Helen Watkins, Michael Nash, Marianne Barabasz şi cu mine (A.F.B.), la fel ca mulţi alţii, am acreditat permanent continuitatea dintre transa hipnotică şi experienţele cotidiene. De exemplu, despre simplele disocieri, cum ar fi imaginaţia absorbantă

şi fenomenul mai complex al hipnozei spontane, se ştia de mult că există şi ele au fost verificate de mai multe ori în laborator şi în aplicaţii de zi cu zi de către aceia dintre noi implicaţi în hipnoza clinică. Faptul că trăiri ale transei hipnotice pot apărea în viaţa cotidiană nu ar trebui interpretat ca sugerând că transa hipnotică nu este, într-un fel, unic diferenţiabilă de nontransă sau ceea ce este deseori numit „stare de veghe". Existenţa unei mulţimi de stări conştiente nu înseamnă că ele sunt toate la fel, aşa cum nici belşugul de mere şi portocale nu le face să fie identice.

Mai multe experimente recente pun într-o nouă lumină prezumţia lui Kirsch şi Lynn (1995) că (a) hipnoza nu e nimic mai mult decât influenţă socială, (b) nu există semne fiziologice ale răspunsului hipnotic şi (c) structura comunicărilor hipnotice nu este importantă în determinarea sensibilităţii la hipnoză. În primul rând, este important de subliniat faptul că ţinta cercetărilor contemporane asupra răspunsurilor creierului la hipnoză nu este să încerce să descopere nişte „semnături" EEG ale stării hipnotice simpliste şi unidimensionale. Complexitatea hipnozei este în aşa fel încât, în schimb, trebuie să luăm în considerare atât intensitatea, cât şi individualitatea răspunsului la hipnoză. Kilhstrom (2003), citându-i pe A. Barabasz *et al.* (1999), a explicat că efecte hipnotice foarte asemănătoare pot fi obţinute prin diferite mijloace neutre. Structura sugestiei hipnotice modelează corelativul psihofiziologic precis al efectului.

Noţiunea unei semnături cerebrale unice a hipnozei este asemenea noţiunii procesului special, un om de paie clădit de cei care vor să reconceptualizeze hipnoza ca o construcţie socială. Nevoia de a vedea o asemenea semnătură unidimensională trivializează întinderea şi complexitatea răspunsurilor la starea hipnotică. E. Hilgard (comunicare personală, circa 1989) se întreba dacă ei (Chaves, Kirsch, Lynn, Spanos) se aşteaptă să vadă o explozie de lumină deasupra capului cuiva aflat sub hipnoză. În mod surprinzător, tehnicile EEG şi de scanare a creierului au adus lămuriri în această problemă. Întrebarea la care s-a răspuns cu un „da" convins este: indicii fiziologici reflectă în mod direct starea subiectivă resimţită de individul care răspunde la o inducţie hipnotică, fie ea indusă formal de un operator, autoindusă sau trăită spontan?

Seria de studii EEG a grupului de cercetare Barabasz reflectă interesele lui Dave Spiegel, Jack Hilgard şi ale altora, rafinează punctul nostru de convergenţă asupra stabilirii dacă indivizii hipnotizabili,

expuşi unei inducţii hipnotice îndeajuns de profunde pentru cerinţele sarcinii specifice, pot manifesta schimbări ale ERP cerebral EEG corespunzătoare trăirilor lor subiective, care pot fi diferenţiate din punct de vedere fiziologic de efectele sugestiei, relaxării sau aşteptărilor.

Recent, noi (A. Barabasz *et al.*, 1999) am atins punctul culminant al celor 20 de ani de cercetări asupra hipnozei EEG legate de eveniment, înlăturând grijile de la început privind nonreplicarea (Dixon şi Laurence, 1992 ; Spanos şi Coe, 19992) semnelor fiziologice ale hipnozei. Datele au arătat că inconsistenţele aparente în literatura despre hipnoza ERP pot fi justificate prin formularea sugestiilor hipnotice. Odată justificate, semnele fiziologice ale transei sunt consecvent interpretabile, logice şi solide. Au fost testate efectele instrucţiunilor pozitiv obstructive şi negativ anulatoare asupra ERP P300 vizuale şi auditive (A. Barabasz *et al.*, 1999). Participanţii au fost selectaţi în funcţie de hipnotizabilitate, folosind *Scala Harvard de grup a Susceptibilităţii la Hipnoză* (Shor şi Orne, 1962) şi *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*, Forma C. Înaintea testărilor individuale şi între sesiunile de testare a hipnotizabilităţii au fost făcute încercări de a maximiza sau de a stabiliza hipnotizabilitatea pacienţilor folosindu-se hipnoza repetată. Pentru a testa în mod adecvat potenţialele diferenţe între răspunsurile hipnotice şi non-hipnotice, cercetătorii trebuie să separe cu grijă indivizii puternic şi slab hipnotizabili. Pot fi spuse puţine despre răspunsul hipnotic în urma studiilor care definesc operaţional intensităţile prin scindări mediane, mai ales când sunt folosite doar măsurători de grup ale hipnotizabilităţii sau cele slabe din punct de vedere psihometric. Simplele separări ridicat-scăzut ale punctajului pun o problemă specială în cercetarea hipnozei, pentru că hipnotizabilitatea în rândul populaţiei generale este grupată în jurul nivelului mediu (hipnotizabilitatea medie). Astfel, asemenea scindări simple vor produce cel mai probabil grupuri de indivizi puternic şi slab hipnotizabili care nu diferă foarte mult unele de celelalte. Această situaţie îi conduce pe cei mai imprudenţi la concluzia falsă că mai degrabă simpla sugestibilitate sau aşteptările, decât hipnoza, pot justifica aparentele descoperiri.

După ce participanţii noştri au fost selectaţi cu rigurozitate, ambelor grupuri li s-a cerut să execute sarcini identice în condiţii echilibrate de sugestie în stare de veghe şi hipnoză alertă (Barabasz şi Barabasz, 1996, 2000). O inducţie hipnotică alertă a fost aleasă în

schimbul tradiţionalei inducţii prin relaxare pentru a exclude efectele EEG ce ar putea fi atribuite simplei relaxări. Indivizii puternic hipnotizabili au manifestat amplitudini ERP EEG semnificativ mai mari în timp ce trăiau halucinaţii negative şi amplitudini ERP semnificativ mai scăzute în timp ce trăiau halucinaţii obstructive pozitive, contrar indivizilor slab hipnotizabili (care încercau să mimeze răspunsurile hipnotice la sugestii) şi propriilor lor stări datorate doar imaginaţiei treze. Datele arată clar că, atunci când răspunsurile sunt declanşate de evenimente, apar semne fiziologice ale hipnozei destul de robuste. În loc să producă o semnătură unidimensională a stării hipnotice, aceste ERP bidirecţionale mai degrabă variază permanent după o inducţie hipnotică, în funcţie de tipul sugestiei, pentru a arăta în mod direct modificările conştienţei care corespund îndeaproape trăirilor subiective ale participanţilor privind modificările perceptuale. Aceste efecte nu au apărut în cazul indivizilor slab hipnotizabili în urma influenţei sociale (încercării de a mima răspunsurile la sugestii) sau a punctelor culminante ale unei stări de veghe. Aceste descoperiri au fost complet repetate în studii separate făcute de Calvin (2000) şi Jensen *et al*. (2001). Următoarea cercetare a fost concepută pentru a aduce şi mai multă rigoare investigaţiei lui A. Barabasz *et al*. (1999).

Studiul (A. Barabasz, 2000) a separat complet testele de hipnotizabilitate (făcute cu 6 până la 9 luni înainte) de contextul experimentului. Cum ar fi putut indivizii puternic hipnotizabili să se abţină de la a da ce au mai bun în condiţiile sugestiei (Zamansky, Scharf şi Brightbill, 1964) când ei nu au ştiut că acesta era un experiment de hipnoză sau că hipnoza urma să fie folosită decât după ce au fost colectate datele rezultate din simpla sugestie?

Datele au arătat că doar inducţia hipnotică, cu efortul de a asigura o profunzime hipnotică adecvată, a făcut posibil ca indivizii puternic hipnotizabili, dar nu şi cei slab hipnotizabili, să îşi atenueze semnificativ ERP-urile ca răspuns la inducţia hipnotică adăugată condiţiilor sugestiei, în contrast cu simpla sugestie identică, contrazicând teoria sociocognitivă conform căreia sugestia, de una singură, justifică tot ceea ce poate fi obţinut prin hipnoză.

Deşi pare că profunzimea hipnotică adecvată ar trebui produsă înainte de a ne aştepta ca un participant să îndeplinească o sarcină dificilă prin hipnoză, aşa cum a fost trecut în revistă în altă parte (Barabasz şi Barabasz, 1992), un participant la acest studiu (A. Barabasz, 2000),

puternic hipnotizabil, a avut răspunsuri identice în ambele condiţii. În timpul interogatoriului postexperiment el a remarcat: „Când am primit instrucţiunea de a mă comporta ca şi cum aş avea dopuri în urechi, am făcut pur şi simplu ceea ce am învăţat în copilărie". „Spune-mi mai mult", a replicat intervievatorul independent post-experiment (care nu a fost implicat în nici un alt aspect al experimentului). „Ei bine, când luam bătaie de la tata pentru ceva, puteam să opresc durerea mergând într-un alt loc, aşa că am făcut la fel şi cu sugestia – la fel şi cu hipnoza, partea a doua." Acest răspuns pare să fie un exemplu clasic de hipnoză spontană cu disociere aparentă, aşa cum au clarificat pentru prima dată Hilgard şi Tart (1966) cu aproape 40 de ani înainte. Medicii care folosesc în mod regulat hipnoza în cazurile dificile observă frecvent că pacienţii hipnotizabili mai repede evocă spontan starea hipnotică din propriile idiosincrazii, decât să răspundă ca nişte sclavi instrucţiunilor doctorului.

Descoperirile relevă că aşteptarea privind sugestia este insuficientă pentru a produce un răspuns dificil, fără hipnoză. Doar cei care şi-au demonstrat capacitatea de a fi hipnotizaţi au reuşit să producă astfel de schimbări, demonstrând semne fiziologice puternice ale hipnozei, care reflectă în mod direct modificările conştienţei corespunzătoare trăirilor subiective ale participantului în legătură cu schimbările perceptuale.

Studiile EEG, considerate descoperiri epocale prin acordarea câtorva premii naţionale, au fost totuşi înlocuite de tehnologia scanării creierului (tomografia cu emisie de pozitroni) care furnizează o şi mai bună localizare a regiunilor cerebrale pentru a determina mai precis efectele de stare ale hipnozei.

Tomografia cu emisie de pozitroni ne-a lămurit în privinţa stării hipnotice, arătând că efectele transei sunt reflectate de activitatea neurală din trunchiul cerebral, talamus şi cingulatul anterior. S-a demonstrat, în mod consecvent, că hipnoza reduce activitatea cortexului cingulat anterior, dar nu afectează cortexul somatosenzitiv, unde sunt procesate senzaţiile de durere, arătând că efectele analgezice ale hipnozei au loc în centrele superioare ale creierului (Rainville, Duncan, Price, Carrier şi Bushnell, 1997; Rainville, Hofbauer *et al.*, 1999; Rainville şi Price, 2003; Ray şi De Pascalis, 2003; D. Spiegel, 2003; Szechtman, Woody, Bowers şi Nahmias, 1998). Descoperirile susţin teoria lui Spiegel şi Spiegel (1978-1987, p. 23) privind hipnoza ca „răspuns la un semnal, o stare de concentrare

atentă, receptivă, intens focală cu conştienţa periferică diminuată [...] o funcţie a individului alert care îşi utilizează capacitatea de implicare maximă într-un punct din spaţiu şi timp şi îşi minimizează astfel implicarea în alte puncte din spaţiu şi timp". Conform teoriei neodisocierii a lui E. Hilgard (1977), schimbările care au loc în hipnoză se petrec la nivelul funcţionării executive. Cingulatul anterior este implicat în genul de funcţionare executivă care îi permite cuiva să se concentreze sau să fie atent la un set de semnale (Aston-Jones, Rajkowski şi Cohen, 1999). De exemplu, o persoană complet absorbită de un curs, un film sau o carte se poate disocia de semnalele ce o distrag şi care, în alte condiţii, ar fi declanşat excitarea (A. Barabasz, 1982 ; J. Hilgard, 1974, 1979).

Datele obţinute în cadrul studiilor ERP EEG (A. Barabasz, 2000 ; A. Barabasz *et al.*, 1999 ; Barabasz şi Lonsdale, 1983 ; Spiegel şi Barabasz, 1988 ; D. Spiegel *et al.*, 1985) arată că ERP-urile din urma unei inducţii hipnotice de a halucina un blocaj al stimulilor vizuali şi auditivi demonstrează o alternanţă în conştienţa ce corespunde îndeaproape experienţelor subiective ale participantului legate de schimbările perceptuale (vezi figura 3.1). Această descoperire converge cu cercetarea lui Szechtman *et al.* (1998) ce implică în halucinaţie – dar nu în simpla imaginare a stimulilor externi – cortexul cingulat anterior doar în cazul participanţilor care puteau experimenta hipnoza. Mai mult, descoperirile privind cingulatul anterior ale lui Rainville *et al.* (1997) au arătat că activitatea acestuia urmăreşte îndeaproape experienţa subiectivă, reflectând componenta emoţională, dar nu şi componenta senzorială a stimulilor dureroşi induşi experimental.

Cercetarea lui Kosslyn *et al.* (2000) privind tomografia cu emisie de pozitroni a percepţiei culorilor este poate unul dintre cele mai elegante exemple de studiu al fiziologiei răspunsului hipnotic. Când s-a cerut perceperea culorilor, doar în hipnoză au fost activate zonele culorilor din emisferele stângă şi dreaptă, fie că au fost arătate culorile în sine sau stimuli pe o scară de griuri. Spre deosebire de alte studii ale scanării creierului, cercetarea lui Kosslyn *et al.* analizează doar zonele cerebrale despre care există ipoteza că sunt regiuni de interes *a priori*. Ideea era că, dacă participanţii hipnotizaţi percepeau halucinaţia hipnotică drept realitate, fluxul sangvin din regiunea de procesare a culorilor din creier ar fi fost influenţată în concordanţă cu halucinaţia sugerată hipnotic. La fel ca în studiul

ERP al lui A. Barabasz (2000) privind o halucinaţie de blocaj auditiv, sugestia de halucinaţie coloră a lui Kosslyn de a percepe diferit s-a petrecut doar după inducţia hipnotică. Efectele tomografiei cu emisie de pozitroni au fost diferite în cazul instrucţiunii de creare a unei imagini mentale, care folosea aceeaşi sugestie în condiţii de non-hipnoză. Singura diferenţă dintre cele două studii a fost folosirea hipnozei ; sugestiile şi cerinţele sociale de performanţă au fost identice şi totuşi creierul ne-a arătat afecte diferite care reflectă subiectivitatea percepţiilor participanţilor. Sugestia de halucinaţie coloră (să perceapă diferit), după o inducţie hipnotică corespunzătoare cu descoperirile noastre ERP, a observat că schimbări în trăirea subiectivă, obţinute doar în timpul hipnozei, erau reflectate de schimbări în funcţionarea creierului. S-a tras concluzia că hipnoza este o stare fiziologică având indicatori neurali distincţi şi nu este doar rezultatul unui rol de adaptare (influenţă socială).

Este important să recunoaştem că toate aceste descoperiri foarte consistente nu contrazic ideea că influenţa socială, aşteptările şi contextul pot fi folositoare în maximizarea rezultatelor tratării pacienţilor. Vrem doar să spunem că hipnoza în sine poate face posibile anumite răspunsuri ce merg dincolo de cele ce pot fi obţinute prin influenţa socială – mai simplu spus, „sugestibilitate" – şi sunt diferite de acestea la nivelul fiziologic de bază. Evident, hipnoza este mult mai mult decât simplul – sau chiar complexul – răspuns aşteptat la sugestie, influenţat social. Killeen şi Nash (2003) au reamintit comunităţii ştiinţifice datele care arată că răspunsurile la hipnoză nu sunt corelate cu cele mai multe tipuri de sugestibilitate, că cei care răspund la hipnoză nu sunt, de obicei, docili şi că ei nu răspund mai bine la placebo, presiuni sociale sau figuri autoritare. Credinţa că sugestibilitatea poate justifica tot ceea ce poate fi obţinut prin hipnoză nu corespunde testelor ştiinţifice. Putem recunoaşte realitatea stării de transă, făcând în acelaşi timp tot ce putem pentru pacienţii noştri în domeniul ingenios al maximizării uzului potrivit al influenţei sociale, aşteptării, contextului şi numeroaselor alte variabile pentru a obţine cele mai bune rezultate.

În lumina informaţiilor neurofiziologice copleşitoare existente la ora actuală, teoria „nonstare" a hipnozei trebuie, precum elefantul din fabulă, să se târască spre o junglă îndepărtată şi să moară acolo, dacă hipnoza este menită să fie credibilă în faţa ştiinţei în general, a psihologiei şi a medicinei în special. Killeen şi Nash (2003) au

concluzionat că acum ar trebui să considerăm că „situaţia hipnotică" înseamnă „stare hipnotică (SH) în care răspunsurile hipnotice sunt caracteristice şi diferite de cele obţinute fără această stare". Disputa stare *versus* nonstare trebuie să cedeze în faţa studiului „diferitelor combinaţii de cauze necesare care ar produce fenomenul" (Killeen şi Nash, 2003). Cea mai eficientă utilizare a hipnozei în tratamentul pacienţilor noştri probabil că va implica mereu o împletire complexă a mai multor domenii, inclusiv a celor unice, proprii stărilor hipnotice, influenţei sociale şi altor cauze.

Note

1. Într-o observaţie personală, J. Watkins a relatat că aplică principiul „regresiei creative" când redactează contribuţii ştiinţifice, poeme sau scurte povestiri (Watkins, 2001). La trezirea din somn, în loc să coboare pe loc din pat, rămâne întins într-o stare de semiveghe timp de o oră sau două ; în timpul acestei perioade, noi idei şi fraze mai succinte devin deseori disponibile conştient, dar sunt uitate dacă nu sunt înregistrate imediat.
2. Recunoaştem că I. Kirsch (2003) şi-a schimbat perspectiva teoretică în lumina noilor informaţii, recunoscând „starea" de hipnoză. La fel, Lynn (2003) a afirmat : „Desigur, există stări de conştienţă modificate".

CAPITOLUL 4

Hipnotizabilitatea

> Dacă pacienţii intră la tine în cabinet şi solicită hipnoterapie, cum faci să ştii dacă sunt sau nu hipnotizabili? Trebuie să treci prin şedinţe lungi şi frustrante doar pentru a ajunge la concluzia că sunt atât de rezistenţi la hipnoză, încât este nevoie de intervenţii alternative?
>
> (J. Watkins, 1987)

Diferenţele privind talentul hipnotic al participanţilor i-au intrigat pe profesionişti timp de mai mulţi ani. S-au făcut numeroase încercări de a corela hipnotizabilitatea cu vreo trăsătură psihologică măsurabilă. Dacă am putea şti dinainte, cu exactitate, cine este hipnotizabil şi cine nu, medicii ar scăpa de o grămadă de efort pierdut, umilire şi afectare a statutului. Pacienţii care au citit despre „miracolele" hipnozei şi au căutat să se trateze prin intermediul ei ar fi scutiţi de dezamăgiri şi deziluzii în privinţa terapeutului.

Hipnoza ca problemă de grad

Aşa cum am analizat în capitolele anterioare, hipnoza nu este un proces special cu o semnătură cerebrală EEG unidimensională, în timpul căruia se aprinde vreun soi de bec pe fruntea participantului atunci când acesta intră în starea hipnotică. Cercetările (expuse anterior) ne arată acum, în mod limpede, că în locul unei simple chestiuni de tipul „ori-ori", corelativele fiziologice în care putem avea încredere reflectă mai degrabă diferitele stări subiective percepute de participant. Hipnoza este şi o problemă de grad. Anumite persoane par să poată intra într-o stare profundă şi să manifeste comportamente foarte bizare, cum ar fi regresia, deformarea timpului şi halucinaţii.

Alţii par să ajungă într-o fază de echilibru, în care vor îndeplini sugestii simple, dar nu şi pe cele neobişnuite, ce implică deformări majore ale percepţiei, în timp ce alţii pot deveni mai relaxaţi sau puţin mai alerţi cu un minim de implicare. În consecinţă, suntem preocupaţi nu doar de problema hipnotizabilităţii anumitor pacienţi sau participanţi, ci şi de gradul de profunzime la care ne putem aştepta ca ei să răspundă. Unele tehnici hipnoterapeutice şi răspunsuri din cadrul cercetărilor experimentale necesită stări destul de adânci ; altele pot fi folosite eficient asupra unui participant doar uşor hipnotizat. Prima întrebare la care trebuie să răspundem se referă la nivelul de hipnotizabilitate al participantului, iar a doua la capacitatea de profunzime a acestuia. Am observat că, deseori, cercetătorii şi medicii greşesc presupunând că, dacă participanţii au obţinut un punctaj mare pe o cunoscută scală standardizată a hipnotizabilităţii, odată hipnoza indusă, ei se află cumva automat la o profunzime hipnotică adecvată pentru a oferi răspunsuri complexe. Nu este nicidecum cazul. Dat fiind un asemenea raţionament eronat din partea cercetătorului sau a medicului, nu e de mirare că scalele de hipnotizabilitate, oricât de utile ar fi ele, prezic răspunsul la hipnoză în doar aproximativ jumătate din cazuri (E. Hilgard, 1979). Ar trebui făcute eforturi pentru a se asigura o profunzime adecvată, care va varia pe durata hipnozei, în funcţie de receptivitatea individului la inducţie şi la procesul de aprofundare. Profunzimea poate varia şi din motive dinamice, în funcţie de cerinţele care îi sunt adresate persoanei prin sugestii specifice. Recomandăm ca atunci când profunzimea este o problemă, cum ar putea fi în cazul în care se cere un răspuns la o sugestie complexă, să se folosească metoda Hilgard şi Tart (1966), prezentată în capitolul 3. În aşteptarea cercetărilor ulterioare, metoda „contorului" a lui McConkey, Wende şi Barnier (1999) se poate dovedi şi mai utilă. Ideal ar fi să te obişnuieşti cu folosirea ambelor metode, până când acestea devin o a doua natură în inducţiile tale, aşa încât ele să nu se amestece în răspunsurile participanţilor sau în abilitatea ta de a le observa.

Teste informale de hipnotizabilitate

Înainte de a folosi hipnoza pe un pacient sau pe un participant la o cercetare, este recomandabil să te familiarizezi cu experienţele de

tip hipnotic, să îţi întăreşti capacitatea de a înlătura miturile despre hipnoză şi să-ţi atenuezi potenţialele temeri privind metoda, fapt ce te va ajuta să construieşti relaţia şi încrederea. Aceste teste clinice informale sunt folositoare, în general, în alegerea persoanelor potrivite pentru practicile hipnotice şi, mai târziu, în evaluarea pacienţilor pentru o eventuală hipnoterapie. Următoarele teste nu doar că folosesc la selecţie şi evaluare, dar simpla lor administrare poate stabili un context psihologic pozitiv şi poate uşura o inducţie hipnotică ulterioară.

Pendulul lui Chevreul

Răspunsul la testul cu pendulul lui Chevreul este un indicator corelat cu hipnotizabilitatea. Oferă o oportunitate excelentă pentru a dezvălui anxietăţile privind hipnoza, negate sau trecute sub tăcere în timpul discuţiei iniţiale cu pacientul, atunci când au fost distruse miturile despre hipnoză şi s-a răspuns la întrebările acestuia. Este o demonstraţie bună, neameninţătoare, a felului în care gândirea participantului despre un anume lucru îi poate afecta comportamentul, fără ceremonia inducţiei hipnotice iniţiale. Poate fi folosit un obiect mic, cum ar fi o bucată de acril Lucite sau o bilă de cristal, o bobiţă de plumb sau pur şi simplu un şurub ataşat de capătul unei sfori. Când am folosit acest test în timpul primelor cercetări ale hipnozei făcute în Antarctica, propriile mele (A.F.B.) plăcuţe de identificare atârnând la capătul unui lanţ au avut acelaşi efect (A. Barabasz, 1980c). Ideal ar fi ca pacientul să stea în picioare, cu picioarele apropiate, cu coatele depărtate de corp, cu obiectul suspendat deasupra intersecţiei a două linii desenate pe o coală albă de hârtie. Prima linie este orizontală, pe lungimea foii, şi este notată cu „A" la un capăt şi cu „B" la celălalt. A doua linie este verticală şi este notată cu „C" şi „D". Participantul este instruit doar să se relaxeze şi să îşi lase ochii şi gândurile să meargă înainte şi înapoi pe linia A-B. Instrucţiunea este repetată. Dacă participanţii au temeri privind hipnoza pe care nu le-au menţionat anterior, deseori vor fi îndeajuns de anxioşi încât să intervină intenţionat asupra tendinţei naturale a corpului de a oscila pentru a produce mişcarea înainte şi înapoi. Este un test simplu. De obicei, în câteva momente, obiectul va oscila înainte şi înapoi de-a lungul liniei. Odată ce este stabilită mişcarea înainte-înapoi, terapeutul modifică instrucţiunea şi indică faptul că mişcarea se schimbă: „Acum se poate mişca în sus şi în jos, de la C la D".

Alternativ, participanţii pot fi aşezaţi la un birou sau la o masă şi li se pot da instrucţiuni după cum urmează (vezi figura 4.1): „Aşază-ţi cotul pe masă şi ţine această sfoară între degete astfel încât greutăţii de la capătul ei [bilă, bobiţă de plumb] să îi lipsească foarte puţin ca să atingă masa".



(a)



(b)

Figura 4.1. Pendulul lui Chevreul. (a) Obiectul e suspendat de un lanţ chiar deasupra mesei. Terapeutul sugerează ca participanta să îşi mişte ochii dintr-o parte în cealaltă şi pendulul va începe să se legene. (b) Pendulul pare să se balanseze automat înainte şi înapoi.

Asta înseamnă că distanţa de la degete la masă va fi de aproximativ 30 cm. Sugestiile sunt acum continuate: „Uită-te fix la greutate şi concentrează-ţi toată atenţia asupra ei. Pe măsură ce te uiţi la ea, vei observa că are tendinţa să se mişte". Mişcările, fie şi foarte mici, vor apărea cu siguranţă. Terapeutul este foarte atent, iar când mişcările încep să se stabilizeze pe o direcţie, profită de moment.

„Observi că greutatea începe să se legene înainte şi înapoi, înainte şi înapoi, înainte şi înapoi" (sau în orice direcţie se leagănă). Terapeutul permite ca această mişcare să continue şi o amplifică până când este limpede pentru participanţi şi pentru toţi observatorii că mişcarea chiar are loc. Atunci terapeutul sugerează o schimbare a direcţiei: „Acum, pe măsură ce te uiţi la greutate, vei observa că direcţia de mişcare începe să se schimbe. Acum tinde să se legene dintr-o parte în alta". După ce s-a stabilit deplasarea stânga-dreapta, terapeutul poate observa că mişcarea devine uşor circulară. Operatorul

profită imediat pentru a sugera: „Greutatea începe acum să se mişte circular în sensul [sau în sens invers] acelor de ceasornic. Se roteşte într-un cerc tot mai larg".

În sfârşit, terapeutul sugerează o schimbare a direcţiei de rotaţie indicând: „Acum încetineşte şi începe să se învârtă în direcţia opusă. Observă-i tendinţa de a se mişca în sens invers [sau în sensul] acelor de ceasornic, învârtindu-se într-un cerc care tot creşte. Foarte bine". Apoi terapeutul spune: „Tu făceai greutatea să se mişte în felul acela sau se întâmpla pur şi simplu? Erai conştient de vreo mişcare din partea ta care să o fi făcut să se legene înainte şi înapoi, dintr-o parte în alta, apoi în sensul acelor de ceasornic şi, la sfârşit, în sens invers acelor de ceasornic?".

În aproape toate cazurile participanţii vor afirma că nu erau conştienţi de nici o acţiune voluntară care să determine mişcările. Mulţi se vor arăta destul de surprinşi, ajutând astfel la crearea unei atitudini de acceptare cu privire la viitoare răspunsuri pozitive. Câţiva vor menţiona chiar că au încercat să se opună conştient mişcărilor, dar că acestea s-au petrecut în ciuda eforturilor lor.

Acest test este o bună demonstraţie a efectelor ce pot avea loc ca rezultat al hipnozei *per se*, fără ca participantul să se aştepte, în mod special, să simtă ceva neobişnuit. Asemenea răspunsuri nonhipnotice la simple sugestii, fie directe sau indirecte, pot fi strâns legate de aspectele sugestive ale unor practici acceptate cândva pe scară largă, cum ar fi radiestezia.

Cu mulţi ani în urmă, când John Watkins era profesor de ştiinţe la un liceu, trăia într-o comunitate în care toate fântânile fuseseră localizate prin radiestezie. Unul dintre elevii săi era fiul unui „căutător de izvoare" local şi s-a oferit să facă o demonstraţie pentru că „fusese învăţat cum să caute" de tatăl său. Louie a venit a doua zi la şcoală cu creanga lui de piersic bifurcată şi întreaga clasă a luat-o spre câmpurile din jurul liceului. Când a ajuns într-un punct, creanga s-a îndreptat în jos. În acel punct a fost înfipt în pământ un ţăruş, iar Louie s-a apropiat de el din alt unghi, apoi din altul. În fiecare caz creanga se apleca în apropierea ţăruşului; Louie, cu un aer foarte încrezător, a spus atunci: „Aici se află apa". Nimeni nu a încercat să-l contrazică, dar în schimb a fost întrebat: „Louie, eşti sigur că nu faci tu însuţi asta cu mici mişcări musculare?". Louie a insistat că băţul s-a aplecat de unul singur, că el îl ţinuse lejer şi că nu avusese nimic de-a face cu mişcarea. Atunci a fost întrebat: „Dacă

bățul este cel care s-a mișcat, nu o să ai nimic împotrivă să repeți experimentul, legat la ochi ?". Louie, oarecum surprins, dar încrezător, a spus că este dispus să facă experimentul. După ce a fost legat la ochi, a fost condus pe întreg câmpul, inclusiv, de vreo câteva ori, pe lângă punctul unde fusese fixat țărușul. Nici măcar o dată creanga nu s-a îndreptat în jos de două ori în același loc. În final, Louie a fost condus spre o zonă în care țevile de apă intrau în clădirea școlii. Din nou, bățul nu s-a aplecat. Pus în fața acestor dovezi, Louie și-a aruncat cu regret creanga de piersic remarcând : „Nu funcționează, dar sigur nu o să-l pot convinge vreodată pe tata de asta".

La sfârșitul semestrului, instructorul a pus o întrebare (nenotată) în încheierea examenului : „Ce credeți despre căutarea de izvoare ? ". Douăzeci și nouă de elevi au spus că nu mai cred în ea, dar unul a scris : „Louie pur și simplu nu e un bun căutător". Astfel de răspunsuri la sugestie, simple și totuși dramatice, fără inducerea unei stări de hipnoză, i-au indus în eroare pe mulți profesioniști ai artelor vindecării, făcându-i să creadă că hipnoza nu este altceva decât un răspuns la sugestie.

Testul căderii brațului

În general nu este înțelept să îți bazezi evaluarea capacității unei persoane de a fi hipnotizată pe o singură chestiune (A. Barabasz, 1982). Totuși, o urgență clinică poate impune constrângeri temporale care ne limitează la folosirea unui singur test. În opinia noastră, testul căderii brațului este cel mai valoros, prin faptul că poate fi aplicat într-o perioadă foarte scurtă de timp și creează, de asemenea, un avantaj pentru terapeut. Pacientului nu trebuie să îi fie menționat cuvântul *hipnoză*. Furnizează un indicator rapid, ușor de administrat, al răspunsului probabil la hipnoterapie. Deși face parte din *Scala Stanford a Susceptibilității la Hipnoză*, experiențele noastre clinice arată că este una dintre cele mai sensibile tehnici de sortare. Un răspuns pozitiv la acest test înseamnă, de obicei, că participantul sau pacientul este capabil să răspundă favorabil la inducerea hipnozei la un nivel semnificativ. Mai mult, cu o simplă extensie poate fi transformat chiar într-o procedură de inducție.

Poate unul dintre cele mai mari avantaje ale testului este acela că îi permite terapeutului, în special unuia relativ neexperimentat și nu prea sigur pe propriile-i abilități de a induce hipnoza, să determine,

măcar puţin, gradul de hipnotizabilitate al pacientului, înainte de a se angaja în folosirea hipnozei.

Când terapeutul nu este sigur de şansele de succes ale inducţiei hipnotice la anumiţi pacienţi, această lipsă de încredere se transferă deseori la pacienţi, ei devenind rezistenţi la procedura de inducţie nu pentru că sunt nehipnotizabili, ci din cauza neîncrederii pe care o percep la terapeut. Când testul este favorabil, terapeutul, ştiind că participantul este probabil hipnotizabil, începe procedurile de inducţie cu un aer încrezător pe care el însuşi îl transmite participantului şi crescându-i probabilitatea de a răspunde. Prin urmare, recomandăm ca învăţăceii în ale hipnozei să reţină această procedură şi să o exerseze pe primii lor participanţi.

Terapeutul îi spune participantului pur şi simplu : „Aş vrea să îţi testez reflexele. Te rog să stai drept pe scaun şi să-ţi întinzi ambele braţe înainte, cu palmele în jos. Nu le lăsa să se atingă. Aşa, e bine. Acum închide ochii şi imaginează-ţi că îţi dau să ţii o găleată în mâna dreaptă (sau stângă). Te rog să îţi strângi degetele în jurul toartei găleţii". (Remarcă faptul că terapeutul tratează acum găleata imaginară ca pe o realitate, cerându-le participanţilor să apuce toarta.) „Acum, vreau să vizualizezi cum ar fi dacă aş sta în faţa ta turnându-ţi apă în găleată dintr-o căldare pe care o am în mână. În găleata ta încap peste zece litri şi eu acum torn un litru. Observă şuvoiul de apă curgând în găleata ta. Acum torn tot mai multă apă în găleata ta. Acum sunt doi litri în ea şi simţi creşterea greutăţii. Trei litri. Şi mai multă apă intră în ea. Patru litri, acum cinci litri şi găleata ta este pe jumătate plină. Devii din ce în ce mai conştient că tot mai multă apă este turnată în găleata ta. Voi continua să torn apă în ea. Şase litri, şapte litri, opt litri şi găleata este acum umplută. Simţi cât de grei sunt cei opt litri de apă ? Acum nouă litri şi găleata este aproape plină, aproape plină. Imediat. O să torn al zecelea litru în ea şi găleata este plină până la margine. Zece litri de apă şi găleata este plină ochi." Terapeutul lasă să treacă alte 10 până la 20 de secunde şi urmăreşte cu grijă mişcările braţelor participantului (vezi figura 4.2).

Hipnotizabilitatea este indicată de următoarele mişcări :

1. Mâna coboară treptat pe măsură ce terapeutul sugerează că mai mulţi litri sunt turnaţi în găleată. Gradul de coborâre a braţului este în mod semnificativ legat de hipnotizabilitate ; adică, dacă



(a)



(b)



(c)

Figura 4.2. Testul căderii braţului. (a) Terapeutul îi cere participantei care ţine găleata imaginară să remarce greutatea găleţii care îi trage braţul drept în jos. (b) Braţul drept al participantei începe să dea semne evidente de oboseală pe măsură ce litrii imaginari de apă sunt turnaţi. (c) Găleata imaginară, „umplută până sus cu apă", este atât de grea, încât braţul drept al participantei este tras în jos de tot.

mâna coboară până jos, până în poala participantului sau până pe o masă din fața lui, atunci este probabil ca participantul să fie puternic hipnotizabil și poate ori să intre rapid în starea de hipnoză, ori chiar să fie capabil să intre în stări de transă profunde care vor face posibilă inițierea unor fenomene cum ar fi regresia și halucinațiile.

2. Dacă în timpul testului mâna coboară într-o oarecare măsură, dar nu ajunge până jos, concluzia este că participantul răspunde la sugestiile hipnotice, dar poate fi rezistent, lent în răspunsuri sau capabil să ajungă doar la o stare de transă ușoară sau medie, nu la una profundă. Cu toate acestea, din experiența noastră, cei care răspund astfel pot deveni, la un moment dat, foarte buni participanți la hipnoză, după ce dubiile și anxietățile lor inițiale au fost lămurite și a fost stabilită o mai bună relație cu terapeutul. Lentoarea răspunsului poate fi doar o cale de a spune: „Încă nu am încredere deplină în tine și această situație este supărătoare pentru mine". Gradul de răspuns al cuiva este legat de hipnotizabilitatea lui în acel moment. Astfel, dacă la finalul testului mâna dreaptă este cu cca 15 cm, sau mai mult, sub cea stângă, atunci participantul dă dovadă de un grad substanțial de hipnotizabilitate, chiar dacă brațul nu a coborât complet. Dacă mâna s-a mișcat încet în jos, cel puțin 7,5 cm, atunci participantul are o reacție pozitivă, chiar dacă nu e puternică. O astfel de persoană îi arată terapeutului cel puțin capacitatea de a se implica hipnotic la un anumit nivel și, cu abordarea potrivită, poate deveni capabil să obțină un nivel de răspuns și mai semnificativ. Deoarece nu este nevoie ca unui client să-i fie indusă hipnoza la un grad profund pentru a putea fi folosite eficient multe tehnici hipnoterapeutice, această persoană cu siguranță nu ar trebui respinsă ca posibil candidat pentru hipnoterapie. Ocazional, mâna dreaptă a unor participanți nu se va duce deloc în jos, dar ei vor manifesta o strădanie considerabilă pentru a o ține la același nivel cu stânga. Ar putea exista chiar ușoare tendințe de cădere, urmate de mici mișcări de corectare menite să o tragă în sus, la același nivel cu stânga. Aceste acțiuni ar putea fi interpretate prin faptul că astfel de indivizi răspund la hipnoză, dar cred că nu ar trebui să o facă sau se tem să piardă controlul, consideră că sunt în competiție cu terapeutul, că ei trebuie să dea dovadă de o voință puternică. Când se întâmplă acest lucru, terapeutul nu ar trebui să lase situația să degenereze într-o luptă pentru control. Participanții

ar putea fi abordaţi după cum urmează : „Am observat că pari să ai nişte dificultăţi. Era ca şi cum mâna ar fi vrut să coboare pe măsură ce găleata devenea mai grea, dar tu nu voiai să facă asta şi doreai să arăţi că eşti capabil să rezişti acestei tendinţe. E clar că eşti destul de capabil să îi rezişti, aşa cum am spus şi când vorbeam despre hipnoză şi am menţionat că tu deţii controlul în ultimă instanţă, nu terapeutul. Dar ar putea fi interesant de văzut ce s-ar întâmpla dacă nu te-ai împotrivi acestor tendinţe ; lasă lucrurile să se petreacă natural, nu le fă să se întâmple, hai să vedem dacă se întâmplă de la sine, fără intervenţie".

3. Poată că răspunsul cel mai strâns legat de lipsa de talent hipnotic este absenţa oricărei reacţii. Mâna nu coboară, nu se ridică, iar poziţia ei, paralelă cu cealaltă mână, pare să fie menţinută fără nici un efort. În acest caz, este deseori util să îi întrebi pe participanţi despre răspunsul lor şi despre sentimentele lor în legătură cu el, cu întrebări de genul : „Ai putut vizualiza găleata când ţi-am descris-o ? " ; sau „Ai putut percepe apa care era turnată în ea ? ". Deseori individul care nu a reacţionat va spune : „Nu am reuşit să-mi imaginez găleata" sau „Am putut vedea găleata, dar nu am simţit că ar fi fost turnată vreun pic de apă în ea". Chestionarul ar putea fi continuat astfel : „Găleata părea grea ? ", „Ai remarcat vreo diferenţă în felul în care îţi simţeai cele două mâini ? ", „Îţi simţi mâinile obosite acum ? ". Aceste întrebări deseori scot la iveală un răspuns pozitiv, chiar şi din partea unei persoane rezistente. A ţine un braţ întins mai bine de un minut e normal să creeze oboseală fiziologică. O persoană normală admite asta. O negare totală a oricărei oboseli sugerează faptul că indivizii se tem foarte tare de hipnoză sau sunt hotărâţi să arate că ei pot fi puternici. Dacă participanţii recunosc că mâinile le sunt obosite, pot fi întrebaţi apoi : „Care mână e mai obosită ? ". Răspunsul că ambele mâini sunt la fel de obosite indică de obicei o rezistenţă considerabilă la hipnoză, fie pentru că individul nu are nici un talent hipnotic, fie din cauza fricii şi a unei hotărâri puternice de a nu se lăsa controlat. Când nu a existat nici o mişcare vizibilă de coborâre a mâinii, dar participanţii afirmă că mâna dreaptă e mai obosită decât cea stângă, ei dovedesc, cel puţin într-o anumită măsură, că sunt capabili să reacţioneze, dar influenţa se manifestă la un nivel perceptual, nu la nivel motor. Cu astfel de persoane posibilitatea de a folosi hipnoterapia rămâne încă deschisă.

În cazul în care problema folosirii tehnicilor de tratament hipnotic a fost deja analizată, iar pacientul ştie câte ceva despre această posibilitate, atunci terapeutul şi pacientul ar putea discuta asupra subiectului. Dacă pacientul spune „Doctore, asta înseamnă că nu sunt hipnotizabil ? ", un răspuns bun ar fi : „Nu neapărat. Unii oameni răspund uşor la hipnoză. Altora le e mai dificil şi sunt mai lenţi în reacţii. Asta înseamnă pur şi simplu că poate dura ceva mai mult să înveţi cum să răspunzi. Dacă hipnoza pare să fie un posibil tratament pentru problema ta, putem lucra asupra ei mai intens. Se poate şi să fii puţin nervos, tensionat sau să ai unele temeri legate de hipnoză. Spune-mi ce simţi în legătură cu treaba asta". Aceasta poate conduce la o „aerisire" a fricilor, îndoielilor şi percepţiilor pacientului. Dar să lăsăm analiza completă a felului de a gestiona asemenea pacienţi pe seama capitolelor următoare despre procedurile de inducţie.

Aşa cum a explicat odată Ernest (Jack) Hilgard (comunicare personală cu A.F.B., 8 noiembrie 1990), nu ar trebui calificat sau descalificat un individ pentru hipnoză pe baza răspunsurilor la un singur test, oricât de predictiv ar fi acesta de obicei. Există numeroase alte teste care pot fi administrate şi pe care le vom descrie pe scurt. Totuşi, testul căderii braţului pare să fie cel mai sensibil dintre toate şi este tehnica preferată, mai ales dacă nu poate fi făcut decât un singur test.

Testul oscilaţiei

Şi acest test este corelat în sens pozitiv cu hipnotizabilitatea şi are avantajul că în cazul unui puternic răspuns favorabil poate fi transformat într-o procedură de inducţie. Terapeutul îi cere participantului să stea drept cu călcâiele şi degetele de la picioare lipite. Asta îi distribuie greutatea pe o zonă foarte mică şi maximizează cele mai mici semne de instabilitate. Un scaun este plasat la vreo 15 cm în spatele participantului. Preferabil ar fi ca scaunul să fie moale, cu braţe şi spătar înalt. Terapeutul dă următoarea instrucţiune : „Închide ochii şi inspiră adânc de câteva ori. E bine. Acum vreau să-ţi imaginezi că picioarele îţi sunt fixate în balamale de podea, iar corpul ţi se extinde în sus. Poate te vei simţi un pic instabil, dar nu-ţi fă griji. Dacă vei cădea te voi prinde eu". (Dacă tu crezi că participantul este puternic hipnotizabil, poţi câştiga puţină forţă spunând : „Când vei cădea te voi prinde", în loc de „Dacă vei cădea".

În primul caz, este implantată sugestia unei posibile căderi ; în al doilea, este inculcată convingerea că asta se va întâmpla.) Deoarece convingerea terapeutului că o sugestie hipnotică va fi îndeplinită este o parte importantă a succesului acesteia, alegerea cuvintelor depinde de certitudinea lui şi de judecata clinică cu privire la persoana cu care lucrează. Dacă a doua variantă de sugestie hipnotică este dată de un terapeut nesigur şi plin de îndoieli, cel mai probabil va eşua. Medicii experimentaţi, care folosesc hipnoza cu succes pe numeroşi pacienţi în fiecare an, nu sunt surprinşi că unele studii de cercetare universitare făcute de absolvenţi fără experienţă sau de cercetători neîncrezători par să genereze puţine fenomene comparativ cu cele produse de obicei într-un mediu clinic.

În toate lucrările hipnotice, fie că sunt teste de hipnotizabilitate, tehnici de inducţie, proceduri de aprofundare sau intervenţii terapeutice, metoda, încrederea şi comunicarea precisă a experienţei clinice din partea terapeutului sunt precumpănitoare. Slăbiciunea oricăreia din aceste premise face diferenţa între un operator care are succes cu un anumit individ şi unul care nu are.

Acum terapeutul ar trebui să se afle lângă persoanele participante pentru a avea în raza vizuală profilul nasurilor lor sau cefele acestora, astfel încât să detecteze uşoare mişcări în raport cu peretele opus. Hipnoza reuşită cere ca, în timpul stadiilor iniţiale ale unui test de hipnotizabilitate sau ale unei inducţii, să ne aliniem sugestiile hipnotice cât mai aproape posibil de realitate. Prin urmare, este înţelept să aştepţi o vreme, în timp ce observi orice semne ale mişcării de oscilaţie din partea participantului. În general, inducţiile încep cu folosirea timpului viitor. De exemplu, terapeutul poate spune : „Cu cât stai acolo mai mult cu atât mai instabil poţi [vei] simţi că devii. Nu-ţi fă griji. Aminteşte-ţi doar că nu te voi lăsa să cazi şi să te răneşti. Sunt aici şi te voi prinde. Această instabilitate va creşte şi poţi simţi o oscilaţie".

Terapeutul ar trebui să mai aştepte puţin, în timp ce urmăreşte cu atenţie semnele de mişcare aşa cum sunt ele determinate de proiecţia nasului sau cefei participantului pe perete. Timpul şi implementarea acestor sugestii vor tinde să crească sentimentul de instabilitate. Pentru că picioarele participantului sunt lipite unul de altul, uşoare mişcări de oscilaţie urmate de ajustări ale posturii vor apărea cu siguranţă la aproape orice individ. Odată ce terapeutul observă că semnele sugerate la timpul viitor încep să apară, va lucra asupra lor

folosind timpul prezent, după cum urmează: „Observi că acum plutești în față". După rostirea cuvântului *plutești*, terapeutul face o pauză și urmărește din nou mișcarea. De cum se confirmă că ea se produce înainte, este etichetată „înainte". Dacă mișcarea ar fi fost înapoi, ar fi fost descrisă corespunzător. Ideea e că o anume oscilație a început cu siguranță. Terapeutul îi spune pe nume imediat ce direcția acesteia a fost determinată. Asta poate continua o vreme în timp ce terapeutul raportează mișcările naturale ale participantului.

A pluti este un cuvânt bun pe care terapeutul îl poate folosi la început: „Acum plutești înapoi. Acum plutești înainte. Înainte, înapoi". Mai târziu, pe măsură ce mișcarea devine mai pronunțată și este mai evident că răspunde sugestiilor terapeutului, verbalizarea poate fi schimbată în oscilație. Terapeutul va remarca faptul că, în majoritatea cazurilor, mișcarea înainte și înapoi a participantului se oprește curând, ca oscilația unui pendul; ritmică și egal spațiată. Persoana oscilează pe un anume arc de cerc care poate fi de 7,5 sau 10 cm înainte, apoi 5 sau 7,5 cm înapoi. În tot acest timp terapeutul a urmărit aceste mișcări și le-a raportat, de acum cu o voce mai încrezătoare și mai fermă. Credibilitatea lui crește în mintea participantului. Este aproape ca și cum pacientul ar gândi: „Doctorul spune că oscilez înainte și o fac. Apoi când oscilez înapoi spune din nou cum trebuie. Doctorul știe ce spune și are mereu dreptate. Pot să am încredere."

În acest moment, terapeutul trece de la urmărirea mișcărilor la conducerea lor. Dacă el a urmărit și a raportat corect zona de mișcare, poate spune: „Te legeni înainte, te legeni înainte, te legeni înainte – acum te legeni înapoi, te legeni înapoi" și tot așa. Acum terapeutul poate face o tentativă de a întrerupe acest ciclu la jumătate. Când participanții se leagănă înainte și au ajuns la centrul arcului – înainte de a fi încheiat întreaga mișcare normală de oscilație înainte –, terapeutul, cu aceeași voce încrezătoare, schimbă sugestia în „te legeni înapoi, te legeni înapoi" și tot așa. Dacă până în acest moment participanții s-au implicat din punct de vedere hipnotic (sunt absorbiți, nu urmează doar simple sugestii), ei vor întrerupe la jumătate tiparul normal de mișcare înainte și vor schimba oscilația. După asta, terapeutul poate conduce mișcările în loc să le urmărească pur și simplu. Atunci participanții probabil urmează sugestiile la nivel hipnotic. În acest moment, terapeutul poate trage concluzia că testul a ieșit pozitiv și că persoana va fi hipnotizabilă, măcar până la un anumit nivel.

Ceea ce am făcut până acum constituie un alt test de hipnotizabilitate. Într-un capitol viitor asupra tehnicilor avansate de inducere vom reveni la această idee şi vom descrie felul în care această procedură a oscilaţiei poate fi continuată pentru a iniţia inducerea unei veritabile stări hipnotice, uneori una foarte profundă, în care diverse tehnici hipnoterapeutice pot avea succes. O formă uşor diferită a acestei proceduri se găseşte în *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză* (Weitzenhoffer şi Hilgard, 1959), în care terapeutul stă în spatele participantului şi face sugestii pentru a induce căderea pe spate. Apoi terapeutul îl prinde pe participant.

Testul mâinilor încleştate

Este o procedură ceva mai agresivă, care culminează cu o adevărată provocare hipnotică pentru participant. Este utilă ca parte a unei proceduri de sortare a unui grup, dar poate fi mai puţin valoroasă într-o situaţie clinică, unde scopul este lucrul terapeutic cu pacientul. Într-o anumită măsură, se bazează pe intimidarea sugerată a participanţilor pentru a grăbi apariţia unui răspuns hipnotic, bazându-se astfel pe o relaţie de transfer afectiv cu o figură parentală dominantă, dacă asta le-a caracterizat copilăria. Seamănă cu ceea ce Ferenczi (1926) a numit „hipnoza-tată" (vezi capitolul despre teoretizarea hipnozei pentru o analiză a conceptualizării lui Ferenczi).

Terapeutul instruieşte participantul – sau un grup de participanţi – după cum urmează (vezi figura 4.3) : „Te rog să-ţi încrucişezi strâns degetele de la mâini în faţa ta şi, în acelaşi timp, să te uiţi cu atenţie la degetele mele încrucişate".

Terapeutul demonstrează împletindu-şi propriile degete astfel încât mâinile să se încleşteze strâns. Acum sugestiile le sunt date participanţilor verbal, prin comenzi din partea terapeutului, şi vizual, centrul atenţiei fiind degetele încrucişate ale terapeutului, care se strâng tot mai tare. „Acum încrucişezi tot mai strâns. Imaginează-ţi că sunt ca nişte degete de oţel încastrate într-un bloc de beton care se micşorează sau ca o piuliţă care este înşurubată şi fixată. Mâinile sunt tot mai strânse, şi mai strânse, şi mai strânse." Terapeutul ridică vocea, făcând-o mai puternică şi mai fermă. În acelaşi timp, degetele lui se înfig unele în altele astfel încât i se pot vedea muşchii şi venele. Observă cum culoarea acelor degete se schimbă. (De remarcat că termenul „acele degete", mai degrabă decât „degetele



(a)



(b)

Figura 4.3. Testul mâinilor încleştate. (a) Participanta este instruită să-şi încrucişeze degetele. (b) Trecând spre starea de hipnoză, participantei i se spune că mâinile îi sunt blocate. I se cere să-şi desfacă mâinile, dar ele nu vor să se despartă. Este uimită de incapacitatea ei de a şi le elibera.

tale", este folosit pentru a facilita disocierea mâinilor de participant pe măsură ce ele acţionează pe cont propriu, fără voia lui.)

Terapeutul poate spune: „Asta e, mai strâns, mai strâns, mai strâns. De fapt, atât de strâns încât par să nu se mai poată desface. Se pare că cu cât încerci mai mult să le desparţi, cu atât se lipesc mai tare. Sunt lipite atât de strâns, încât nu se mai desfac. Nu se mai desfac. Sunt lipite strâns unele de altele. Încearcă să le desfaci.

Încearcă să le desfaci. Vezi, sunt atât de strâns lipite, încât nu se pot despărţi. Cu cât încerci mai mult să le desfaci, cu atât se lipesc mai strâns".

În acest moment a fost lansată o provocare şi, dacă un răspuns hipnotic a fost provocat cu adevărat de un practician competent, un număr substanţial de participanţi nu vor putea să-şi desfacă mâinile. Acum se observă cum participanţii se luptă să-şi desprindă mâinile. Apoi, după nu mai mult de 3-5 secunde, terapeutul îşi eliberează propriile mâini şi le aşază în jurul degetelor încrucişate ale participantului, mişcându-le în sus şi în jos liniştitor, în timp ce spune: „Mâinile tale se relaxează, sunt normale şi se pot despărţi". Apoi îl ajută cu blândeţe pe participant să le desfacă. Alternativ, terapeutul încă îşi ţine degetele strâns încrucişate şi apoi imediat îşi desface mâinile, ca şi cum i-ar fi dificil, şi spune: „Acum îţi poţi desface mâinile. Vezi! Acum se despart".

Dacă este testată o singură persoană şi aceasta pare să reuşească să-şi desfacă mâinile – adică dă semne de slăbire a strânsorii –, terapeutul intervine repede, înainte ca mâinile să se despartă, cu o încetare a provocării şi cu permisiunea de a le elibera. Atunci aceşti participanţi rămân cu recunoaşterea a cât de strâns le erau lipite mâinile şi cu îndoiala că nu ar fi putut să le desfacă dacă ar fi continuat să încerce. Testul este considerat reuşit dacă participanţii, după 3-5 secunde de strădanii, nu reuşesc să-şi separe mâinile.

Spre sfârşitul testului, terapeutul foloseşte principiul efectului inversat. El sugerează: „Cu cât încerci mai mult să le desfaci, cu atât se vor lipi mai tare". Astfel, încercarea participantului de a-şi desface mâinile devine semnalul-stimul pentru incapacitatea de a le separa. Acest principiu poate fi folosit în multe feluri diferite, ca parte a unei inducţii şi a unor proceduri terapeutice pe care le vom descrie mai târziu.

Unii participanţi vor rezista acestui test nestrângându-şi mâinile îndeajuns de la început. Această rezistenţă poate fi observată, iar terapeutul îi poate presa în felul următor: „În regulă, e un început. Acum chiar strânge mâinile". Dacă în continuare este observată o strângere uşoară, terapeutul spune: „Acum relaxează-ţi mâinile – desparte-le", după care îl întreabă pe participant despre răspunsul îndoit la cererea de a-şi strânge mâinile. Alţii vor răspunde la provocare eliberându-şi degetele cu uşurinţă. Gradul de talent hipnotic al participanţilor poate fi dedus din nivelul de dificultate pe care îl

au în a-şi desface mâinile la momentul provocării. Desigur, în acest test luăm fiziologia normală de partea noastră. Prin „îngheţarea" mâinilor strâns încleştate facem şi mai dificilă, din punct de vedere fizic, despărţirea lor. Un bun terapeut foloseşte fiziologia normală a muşchilor pentru a spori psihologia procedurilor de inducţie.

Ridicarea braţului

Această procedură este bună în special pentru selectarea persoanelor mai talentate din punct de vedere hipnotic dintr-un grup de voluntari. Nu trebuie confundată cu tehnica de inducţie cu acelaşi nume pe care o vom descrie în capitolul următor. Terapeutul le cere participanţilor să stea drepţi, să închidă ochii şi să întindă un braţ. Apoi le dă următoarea vizualizare: „Vreau să vă imaginaţi că un balon plin cu heliu tocmai v-a fost legat de încheietură cu o sfoară. E mare şi are culoarea voastră preferată. Pluteşte deasupra încheieturii. Pe măsură ce îl urmăriţi, veţi vedea că vă trage încheietura în sus cu putere. Uitaţi-vă la el cum pluteşte mai sus, mai sus, mai sus. Cu fiecare moment care trece, senzaţia de ridicare devine mai puternică, şi mai puternică, iar balonul pluteşte sus, sus, sus, mai sus, mai sus, şi mai sus".

Un balon, o amintire tipică din copilărie, este ales deliberat pentru a uşura măcar o regresie parţială. De remarcat e că atenţia este centrată pe observarea balonului care pluteşte în sus. Ridicarea mâinii devine astfel o consecinţă a mişcării ascendente a balonului şi este sugerată indirect. Indicând faptul că balonul „are culoarea voastră preferată", este încurajat sentimentul de participare. Pe măsură ce participanţii vizualizează balonul în culoarea favorită, ei devin mai implicaţi din punct de vedere personal şi imaginar. Participanţii îşi exercită dreptul de a alege liber şi ceea ce se întâmplă după aceea poate avea loc pe o bază mai mult involuntară. Din nou este folosită repetiţia, o tehnică ce face parte, de obicei, din procedurile de inducţie, pentru a intensifica sugestia hipnotică. Terapeutul continuă vizualizarea descrisă mai sus şi o repetă timp de aproximativ un minut, până când un număr de participanţi prezintă o ridicare substanţială a braţului. Participanţii foarte susceptibili la hipnoză pot să aibă, în final, braţele ridicate aproape până sus. Sunt uşor de observat într-un grup mare. Acum voluntarii tăi pentru un viitor studiu hipnotic au ridicat mâna.

Înclinarea capului înainte

Deşi hipnoterapeutul experimentat devine, de obicei, sensibil la numeroase mici semne de implicare hipnotică, pentru începătorul în domeniu este de preferat ca testele de hipnotizabilitate să arate anumite mişcări făţişe pe post de semne pozitive. Prin urmare, dacă ochii s-au închis în timpul uneia dintre procedurile anterioare, următorul test este util. Un răspuns pozitiv confirmă hipnotizabilitatea de care participantul a dat dovadă până acum. Conform principiului care spune că îndeplinirea unei sugestii hipnotice înseamnă, de cele mai multe ori, hipnotizare, încheierea testului cu succes tinde să depindă de prezenţa unei stări hipnotice. Dacă închiderea ochilor a fost parte a unei selecţii de grup, dar nu toţi participanţii i-au închis încă, acum pur şi simplu toţi sunt instruiţi să o facă. Apoi operatorul procedează după cum urmează : „Acum că ochii vă sunt închişi, veţi observa o tendinţă a capului de a se apleca înainte, ca şi cum o forţă l-ar împinge de la ceafă. Capul va tinde să se mişte înainte, iar bărbia să cadă spre piept. Capul devine mai greu, şi mai greu, şi mai greu". Remarcă, din nou, că, pentru a facilita disocierea, terapeutul spune „capul", nu „capul tău". Această verbalizare are tendinţa de a scoate capul de sub controlul voluntar, astfel încât „el" răspunde ; „tu" nu îţi cobori capul. Capul este disociat de „subiect" şi definit ca „obiect". Obiectele sunt elemente din afara sinelui, asupra cărora nu avem nici un control voluntar. Ele sunt guvernate de forţe exterioare pentru care nu suntem nicicum responsabili. Pur şi simplu ni se întâmplă.

Incapacitatea apropierii mâinilor

Acest test poate fi acum administrat convenabil participanţilor ai căror ochi sunt închişi şi care şi-au înclinat capul în faţă. Seamănă cu unul dintre itemii *Scalei Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*. Participanţilor li se pot da următoarele sugestii : „Ţineţi-vă ambele mâini în faţa voastră, una spre cealaltă, la o distanţă de aproximativ 30 cm. Veţi observa că dacă încercaţi să apropiaţi mâinile există o forţa care pare să le despartă. Este ca şi cum aţi încerca să apăsaţi pe lateralele unei perne. Cu cât încercaţi mai mult să le apropiaţi, cu atât forţa care le desparte devine mai puternică. Este aproape imposibil să le apropiaţi într-atât încât să se atingă. Încercaţi să le uniţi".

Acest test, la fel ca şi cel al degetelor blocate, constă într-o provocare. Totuşi, dacă participanţii au răspuns favorabil la testele anterioare, cum ar fi cele cu închiderea ochilor şi aplecarea capului, este probabil ca ei să fie implicaţi hipnotic. Prin urmare, participanţii pot manifesta o reacţie pozitivă, străduindu-se să-şi apropie mâinile şi descoperind să sunt incapabili să le aducă la mai puţin de 15 cm una de alta.

De acum, în această serie de exerciţii de hipnotizabilitate, mulţi participanţi vor fi destul de implicaţi din punct de vedere hipnotic. De fapt, se poate ca o transă hipnotică adevărată să fi fost indusă. Pe măsură ce terapeutul continuă tehnica hipnotică, va observa că testele, cu o mică extensie, se transformă în proceduri de inducere a transei, iar tehnicile de inducţie, când sunt continuate, devin metode de adâncire a stării hipnotice. Toate fac parte din procesul psihologic de restricţionare a atenţiei, concentrându-se mai întâi asupra mişcărilor minore şi apoi răspândind implicarea spre zone psihologice şi fiziologice mai extinse ale persoanei. Ele includ elemente de restrângere a câmpului perceptual şi regresia la modele timpurii de răspuns, ce caracterizează starea hipnotică. Mulţi dintre participanţi pot fi acum capabili să răspundă la sugestia unei halucinaţii.

Halucinaţia căldurii

Participanţii ai căror ochi s-au închis spontan, ale căror capete s-au înclinat înainte şi care au fost incapabili să-şi apropie mâinile în testele precedente pot acum să dovedească o adevărată halucinaţie perceptuală când le este administrată sugestia uneia : „Mă întreb ce e în neregulă cu sistemul de încălzire. Termostatul trebuie să se fi blocat, pentru că se face tot mai cald în camera asta. Aerul devine sufocant. Se face atât de cald, încât e foarte greu să respiri. Ce n-aş face pentru o gură de aer proaspăt. Cu siguranţă e tot mai cald. Te trec transpiraţiile. Ce putem face cu toată căldura asta ? ".

În momentul ăsta, participanţii care sunt destul de profund implicaţi din punct de vedere hipnotic vor face câteva mişcări arătând că resimt căldura intensă. Acestea pot include respiraţia greoaie, faptul că îşi fac vânt, îşi şterg fruntea şi aşa mai departe.

Pe măsură ce implicarea hipnotică devine tot mai mare, terapeutul se apropie de faza numită somnambulism. Participanţii au depăşit acum punctul restricţiei perceptuale şi îndeplinirea unor mişcări

minore. De obicei, în acest moment, ei sunt capabili să meargă şi să se comporte în multe feluri complicate, rămânând în continuare într-o stare hipnotică profundă, una care deseori este atât de disociată de starea lor normală, încât ei manifestă o amnezie completă atunci când sunt scoşi de sub hipnoză ; adică participanţii nu îşi pot aminti sub nici o formă ce au făcut pe când se aflau în starea hipnotică.

Testele de hipnotizabilitate de mai înainte ar fi trebuit să arate dacă era sau nu probabil ca un pacient să poată răspunde la hipnoză. Iniţierea unei halucinaţii şi testul care urmează, ce implică acţiuni motorii decisive, îi pot indica pe acei pacienţi care sunt capabili să intre într-o stare hipnotică îndeajuns de profundă.

Ridicarea compulsivă

Să presupunem în continuare că terapeutul îi selectează, dintr-un grup, pe cei cu un talent hipnotic semnificativ (deşi următoarea sugestie, la fel ca şi cele date anterior, poate fi folosită la fel de bine asupra unei singure persoane). Terapeutul le spune acum participanţilor : „În timp ce staţi aşezaţi acolo, începeţi să vă daţi seama de o puternică nevoie de a vă ridica în picioare, de a vă ridica de pe scaun. Această tendinţă devine tot mai puternică. Simţiţi nevoia de a vă ridica în picioare. Nevoia devine atât de puternică, încât dacă veţi rămâne aşezaţi veţi simţi un disconfort tot mai mare. Tensiunea voastră interioară devine tot mai mare şi ştiţi că dacă v-aţi ridica v-aţi simţi imediat uşuraţi. Se pare că doar ridicându-vă de pe scaun puteţi să scăpaţi de această tensiune incomodă şi să vă simţiţi în largul vostru".

Aceste sugestii hipnotice sunt continuate până când unii membri ai grupului se ridică de pe scaune. Alţii pot să opună oarece rezistenţă, în timp ce alţii rămân aşezaţi pasiv şi nu manifestă nici o tendinţă de a se ridica în picioare. E posibil să fi simţit nevoia de a se ridica şi să fi vrut să o facă de ceva timp, dar să le fi fost ruşine să fie singurii în picioare. Pe măsură ce participanţii care sunt încă aşezaţi (cu ochii închişi) îi aud pe ceilalţi ridicându-se, există un puternic efect al sugestibilităţii de grup. Să nu faci greşeala de a presupune că participanţii care s-au ridicat mai târziu, ca răspuns la sugestie, sunt şi ei implicaţi din punct de vedere hipnotic. Probabil ei răspund influenţei sociale.

În final, toţi, sau aproape toţi, se vor ridica, fie şi dacă unii dintre ei nu sunt deloc sensibili hipnotic, dar simt nevoia de a se

conforma. Prin urmare, primii care s-au ridicat tind să aibă mai mult talent hipnotic. Şi acest test implică un soi de provocare. Aşadar, este mai bine adaptat selecţiei de participanţi buni pentru cercetare, demonstraţie sau practică, decât pentru evaluarea hipnotizabilităţii pacienţilor cu care poate doreşti să stabileşti, mai târziu, o relaţie terapeutică sensibilă.

Teste standardizate de sensibilitate hipnotică

Beneficiile evidente ale unei metode sistematice de măsurare a hipnotizabilităţii datează încă din secolul a XIX-lea (Perry şi Laurence, 1980), când Braid a încercat să definească fazele profunzimii hipnotice. Totuşi, cercetările serioase şi exhaustive asupra măsurării sensibilităţii hipnotice nu au început decât în anii '50, în Laboratorul Stanford de Cercetare a Hipnozei al lui Ernest (Jack) R. Hilgard. Până în 1959, *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*, Formele A şi B (SHSS : A, respectiv SHSS : B), erau complet dezvoltate. *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*, Forma C, acum considerată „standardul de aur" (Barabasz şi Barabasz, 1992) al măsurării hipnotizabilităţii, a fost publicată în 1962 (Weitzenhoffer şi Hilgard, 1962). SHSS : C, pe care cercetătorii deseori o numesc simplu „Forma C", a eclipsat Formele A şi B pentru că ea include o gamă de teste mai dificile pentru a determina dacă pacientul poate prezenta răspunsuri disociative. Asemenea Formelor A şi B, Forma C este alcătuită din 12 teste, cu o dificultate ce creşte progresiv, şi necesită aproximativ o oră pentru a fi administrată complet. În sfârşit, cercetătorii hipnozei aveau o măsură uniformă cu proprietăţi psihometrice excelente, prin care puteau fi evaluate studiile şi testele clinice ale diferiţilor medici şi oameni de ştiinţă. Shor şi Orne (1962) au creat *Scala Harvard de Grup a Susceptibilităţii la Hipnoză* (HGSHS : A), care a fost dezvoltată pe baza SHSS : A. Deşi este mult inferioară Formei C, ea furnizează o metodă relativ uşoară de a obţine o „primă triere" pentru cercetătorii care au nevoie să-i aleagă pe cei cu o capacitate hipnotică deosebit de mare sau mică.

SHSS : C şi HGSHS : A au devenit cele mai folosite scale în cercetările hipnotice făcute de la introducerea lor, cu excepţia unei minorităţi a cercetătorilor care şi-au menţinut perspectiva nonstare asupra hipnozei. Aceşti adepţi ai teoriei sociocognitive au preferat să-şi folosească propriile teste, care au mai puţine probe şi proprietăţi

psihometrice care pot să clasifice greşit persoanele puţin-hipnotizabile ca fiind mediu-hipnotizabile. Testele includ *Scala Barber a Sugestibilităţii* (Barber şi Glass, 1962), care are nevoie de 10 minute pentru a fi administrată, şi o scală de grup, *Scala Receptivităţii la Sugestie a Universităţii Carlton* (CURSS) (Spanos, Radtke, Hodgins, Stam şi Bertrand, 1983). CURSS încearcă să măsoare „sugestibilitatea" în 11 minute, incluzând o inducţie de 5 minute, urmată de şapte itemi a câte 50 de secunde fiecare, după care sunt daţi indicii de susceptibilitate. Excluzând autoevaluarea din partea participanţilor, acest test e gata în aproximativ 25 de minute. Aşa cum era de aşteptat, CURSS şi standardul de aur SHSS : C cad de acord asupra identificării persoanelor foarte şi puţin hipnotizabile, acestea aflându-se la extreme (Spanos *et al.*, 1983). Din păcate, majoritatea indivizilor clasificaţi la nivel mediu sau obişnuit de CURSS au fost consideraţi puţin-hipnotizabili de SHSS : C (Perry, Nadon şi Button, 1992 ; Spanos, Salas, Menary şi Brett, 1986). În acest caz, toate studiile care au folosit CURSS pentru a obţine un grup de „mediu-hipnotizabili" este probabil să fi avut persoane puţin-hipnotizabile etichetate greşit drept mediu-hipnotizabile. După cum ştim, indivizii puţin-hipnotizabili răspund la sugestie şi placebo, dar sunt incapabili de răspunsuri hipnotice veritabile, care ar putea fi produse de stările de transă ce pot fi experimentate de cei mediu şi puternic-hipnotizabili (McGlashan, Evans şi Orne, 1969). Studiile care folosesc CURSS pentru a obţine „mediu"-hipnotizabili sunt, în aceste condiţii, „preîncărcate" pentru a produce efecte corespunzătoare teoriilor sociocognitive despre hipnoză ca răspuns la sugestie şi joc de rol.

În rezumat, Forma C (SHSS : C) include instrucţiuni pretest amănunţite, dedicate maximizării raportului, domolirii anxietăţilor privind testul şi maximizării probabilităţii de a obţine cea mai corectă măsurătoare. Apoi, este dată o lungă serie nenotată de instrucţiuni ale unei inducţii hipnotice de închidere a ochilor, care oferă ocazii de a se trece la test după închiderea ochilor, fără nevoia de a efectua întreaga inducţie. Astfel sunt luate în considerare vitezele diferite de reacţie la inducţie ale participanţilor, menţinându-se în acelaşi timp o procedură standardizată.

Pe scurt, itemii SHSS : C sunt :

1. *Coborârea mâinii*. Terapeutul le cere participanţilor să-şi întindă mâna dreaptă la nivelul umărului, să fie atenţi la cum o simt şi

să-şi imagineze că ţin ceva greu, poate o minge de baseball grea. Terapeutul face apoi sugestii despre mâna care se îngreunează şi coboară încet, dar sigur. Testul este notat cu plus dacă mâna a coborât 15 cm sau mai mult după o aşteptare de 10 secunde.

2. *Despărţirea mâinilor*. Terapeutul le cere participanţilor să-şi întindă braţele în faţă, cu palmele faţă în faţă, apropiate, dar fără să se atingă. Apoi le administrează sugestii, cerându-le să-şi imagineze o forţă care le împinge mâinile departe una de cealaltă. Testul e notat cu plus dacă mâinile se depărtează cu cel puţin 15 cm la 10 secunde după încetarea sugestiilor.
3. *Halucinarea unui ţânţar*. Acesta este primul test, luat din SHSS : A, ce se bazează pe un răspuns mai dificil, care necesită procesare disociativă. În esenţă, este singurul item bazat pe disociere din prima scală. Terapeutul îi sugerează participantului că e posibil să nu fi observat un ţânţar care tot zboară prin cameră. Participantul ar trebui să încerce să îi asculte bâzâitul ascuţit ; terapeutul sugerează că ţânţarul se aşază pe mâna participantului, îl gâdilă puţin, poate înţepa, iar lui nu îi place asta şi vrea să scape de el, să îl îndepărteze şi aşa mai departe. Este înregistrat un plus dacă există grimase, mişcări sau recunoaşterea efectului.
4. *Halucinarea gustului*. Această disociere mai complexă sugerează formarea unui gust dulce în gura participantului şi apoi schimbarea lui într-unul acru, cum ar fi cel de lămâie sau oţet. Este înregistrat un plus dacă ambele gusturi sunt resimţite, dacă oricare dintre ele este perceput cu semne evidente, cum ar fi mişcarea buzelor sau grimase, sau dacă unul este descris ca fiind puternic.
5. *Rigiditatea braţului*. Întorcându-se la o măsură motrică împărtăşită cu SHSS : A, acest răspuns la hipnoză este unul mai dificil decât cele cerute la itemii 1 şi 2. Aici terapeutul le spune indivizilor să-şi întindă braţul drept în faţă şi să se gândească la faptul că el devine tot mai ţeapăn, ca şi cum ar fi legat strâns cu atele şi nu ar putea fi îndoit. Apoi participanţilor li se cere să testeze cât de ţepene le sunt braţele şi să încerce să le îndoaie. Testul primeşte un plus dacă, după 10 secunde, îndoitura nu depăşeşte 5 cm.
6. *Vis*. Bazându-se din nou pe disociere, în acest item operatorul le explică participanţilor că este interesat să ştie mai multe despre hipnoză şi ce înseamnă pentru oameni să fie hipnotizaţi. Le spune că o metodă de a afla este prin intermediul viselor pe care cineva le are când este hipnotizat. Apoi le cere să se odihnească

şi le spune că vor „dormi şi vor visa". După 2 minute, participanţilor li se spune că visul s-a terminat, dar că îşi pot aminti toate detaliile. Terapeutul le cere participanţilor să descrie visul. Se înregistrează un plus dacă este descrisă o trăire asemănătoare unui vis, nu doar una vagă sau trecătoare.

7. *Regresia în timp*. Această disociere în două părţi este şi mai dificilă. Mai întâi, participanţilor li se cere să intre tot mai adânc în starea hipnotică şi, în timp ce acest lucru se întâmplă, li se dă o tăbliţă şi un creion, pentru facilitarea scrierii. Apoi li se cere participanţilor să-şi scrie numele, vârsta, data naşterii şi aşa mai departe. În continuare, folosind tehnici de aprofundare şi o metodă de numărare de la 1 la 5, terapeutul le spune că devin tot mai tineri şi mai mici, întorcându-se la clasa a V-a, şi că se vor afla într-adevăr acolo. Terapeutul îi întreabă pe participanţi ce vârstă au, unde se află, ce fac şi aşa mai departe ; apoi le cere să-şi scrie numele şi vârsta, data şi ziua săptămânii pe tăbliţă. Terapeutul foloseşte o numărătoare până la doi pentru profunzime şi regresie şi le spune participanţilor că nu mai sunt în clasa a V-a, ci devin şi mai tineri, sunt în clasa a II-a. Din nou, le sunt puse întrebări similare şi li se cere să scrie pe tăbliţă. Odată îndeplinită această sarcină, participanţilor li se spune să crească din nou, iar terapeutul îi aduce, cu grijă, înapoi la momentul şi locul din prezent. Înainte de trecerea la următorul item, este confirmată reorientarea participanţilor. Este înregistrat un plus dacă există o schimbare clară a scrisului de mână de la prezent la una sau ambele vârste la care s-a regresat. (Este important de înţeles că abilitatea de a trece acest test nu depinde de identitatea între mostrele de scris şi cele care participantul poate le-a păstrat de la acea vârstă ; scopul este să se determine dacă a fost posibil un răspuns disociativ. Este posibil ca urmele de memorie să se fi pierdut, dar capacitatea disociativă e puţin probabil să fi fost afectată. Într-un astfel de caz participantul construieşte regresia, însă poate fi şi un adevărat răspuns la starea hipnotică [A.F.B.].)
8. *Imobilizarea braţului drept*. Şi acest item este luat din SHSS : A. Terapeutul sugerează că braţul drept al participanţilor devine greu şi că ei nu îl pot ridica. Testul se încheie cu o provocare de a „încerca să-l ridice". Este notat cu plus dacă braţul se înalţă cu mai puţin de 2,5 cm în 10 secunde.

9. *Anosmia la amoniac*. Când este administrat corect, acest test de disociere destul de dramatic este dificil de trecut de către cei nehipnotizabili care joacă un rol sau de participanţii care simulează hipnoza şi care sunt implicaţi în diverse studii de cercetare ca elemente de control. Terapeutul le spune participanţilor că într-o clipă nu vor mai putea simţi nici un miros, că vor simţi mirosurile din ce în ce mai puţin şi tot aşa. Apoi li se cere să adulmece bine aroma unei substanţe mirositoare aflate sub nasul lor pentru a demonstra că sunt incapabili să simtă vreun miros. Terapeutul ţine o sticlă deschisă cu amoniac pentru uz casnic sub nasul participanţilor şi ei sunt instruiţi să inspire adânc. Terapeutul le sugerează participanţilor să revină la simţul olfactiv normal şi amoniacul este reintrodus cu sugestia test. Participanţilor li se cere să compare cele două mirosuri şi sunt asiguraţi că totul a revenit la normal şi că nu vor mai fi alte mirosuri. Este înregistrat un plus dacă este negată existenţa amoniacului şi dacă semnele evidente ale perceperii mirosului lipsesc cu desăvârşire. (De fapt, răspunsul la amoniac este legat mai mult de receptorii durerii decât de simţul olfactiv.) Astfel, medicii şi cercetătorii implicaţi în lucrări care cer o administrare repetată a mirosurilor pentru a testa sensibilitatea ar trebui să folosească stimuli despre care s-a stabilit că sunt, prin natura lor, pur olfactivi. De exemplu, pe baza cercetării lui Barabasz şi Lonsdale (1983) asupra ERP EEG ca răspuns la hipnoză, am descoperit că eugenolul de laborator serveşte acestui scop.
10. *Vocea halucinată*. Această disociere solicitantă începe când terapeutul le zice participanţilor că examinatorul a uitat să le spună că în birou se află cineva care vrea să îi întrebe câte ceva, cum ar fi numele sau locul naşterii. Întrebările vor fi adresate prin intermediul unui difuzor de pe perete. Participanţilor li se cere să vorbească tare şi clar, spunându-li-se că „difuzorul a fost pornit, iată prima întrebare". Este înregistrat un plus dacă se aude cel puţin un răspuns realist sau dacă apar semne ale halucinării răspunsurilor.
11. *Halucinaţie vizuală negativă*. Este un test extrem de dificil pe care, de obicei, îl trec doar cei aflaţi în categoria de „virtuozi" ai hipnozei. Terapeutul le spune participanţilor că în curând li se va cere să deschidă ochii, rămânând în acelaşi timp profund hipnotizaţi şi că două cutiuţe au fost aşezate pe masa din faţa lor, când, de fapt, trei cutii (5 × 7,5 × 1,2 cm; roşii, albe sau

albastre) se află în fața participanților. Acestora li se spune apoi să deschidă ochii și să se uite la cele două cutii. Odată ce este obținută confirmarea, participanții sunt presați cu întrebarea dacă mai văd și altceva, li se cere să spună ce culori au cutiile și așa mai departe. Se înregistrează un plus dacă halucinația este prezentă.

12. *Amnezia posthipnotică*. Acest test apare ultimul mai mult din pricina cerințelor de administrare a lui decât din cauza gradului de dificultate. (Noi îl considerăm mai puțin dificil decât itemii de la 9 la 11.) Aici participanților li se cere să asculte cu atenție și li se spune că au fost atât de relaxați, încât le va fi greu să-și amintească ce s-a spus și ce s-a făcut ; vor uita ce s-a întâmplat până când terapeutul spune că își pot aminti totul. Odată treji și complet ieșiți de sub hipnoză, participanților li se cere să spună tot ce s-a întâmplat de când a început inducția. Examinatorul notează testele în ordinea menționării lor și întreabă dacă își mai amintesc și altceva. Este dată sugestia de eliberare și sunt înregistrate testele menționate suplimentar. Se înregistrează un plus dacă, înainte de eliberare, sunt amintite 3 sau mai puține teste.

Plusurile sunt adunate pentru a determina punctajul de hipnotizabilitate al participantului. Punctajul de mijloc (mediu), în mostre provenite din studiile studenților de la universitățile din Statele Unite, merge de la 6,0 la 6,7, în funcție de mostră. Siguranța *Scalei Stanford a Susceptibilității la Hipnoză* a fost testată pe o perioadă de 25 de ani, din 1960 până în 1985, producând o valoare r = 0,64 pentru perioada de 10 ani dintre 1960 și 1970, un r = 0,82 pentru perioada de 15 ani dintre 1970 și 1985 și r = 0,71 pentru întreaga perioadă de 25 de ani (Piccione, Hilgard și Zimbardo, 1989).

Scale clinice standardizate de hipnotizabilitate

Recunoscând că cele mai bune scale pe care le-am trecut în revistă mai sus necesită mult timp pentru a fi administrate și sunt rareori folosite de practicieni, nevoia pentru scale clinice mai scurte a devenit evidentă dacă hipnoza avea să fie folosită direct pe pacienți, nu doar pe studenți voluntari curioși. Primele scale orientate spre uzul clinic au fost adaptate îndeaproape după modelul *Scalei Stanford a Susceptibilității la Hipnoză*, Formele A, B și C. Arlene Morgan și

Josephine Hilgard au introdus *Scala Stanford a Hipnozei Clinice* (SHCS) în de acum clasica lucrare *Hypnosis in the Relief of Pain* de E. Hilgard şi J. Hilgard (1975). SHCS a fost creată pentru a face măsurarea hipnotizabilităţii mai potrivită pentru pacienţii spitalizaţi care pot suferi de afecţiuni în care durerea este pronunţată. În conceperea testelor pentru *Scala Stanford a Hipnozei Clinice* a fost luată în considerarea mobilitatea redusă a pacienţilor, iar scala a fost redusă la un total de 5 itemi, cu scenariul unei inducţii hipnotice de relaxare. Administrarea ei şi chestionarea pacientului durează cam 20 până la 25 de minute. Am descoperit că începătorilor în domeniul hipnozei le este deosebit de uşor să înveţe cum se administrează această scală şi ea este utilă ca ajutor în ghidarea selecţiei procedurilor ce vor fi folosite în terapie, deoarece contribuie la previzionarea sensibilităţii la hipnoză, dincolo de selecţia pacienţilor cu dureri. De exemplu, Barabasz, Baer, Sheehan şi Barabasz (1986) au descoperit că punctajele SHCS erau semnificativ corelate cu succesele în hipnoza pentru renunţarea la fumat după o cercetare de 18 luni la Facultatea de Medicină Harvard şi Massachusetts General Hospital, deşi experienţa terapeutului a rămas totuşi un mai bun prezicător al rezultatului.

Pe scurt, itemii SHCS sunt:

1. *Mâinile care se mişcă împreună*. Terapeutul le cere participanţilor să-şi ţină mâinile întinse în faţă, la o distanţă de aproximativ 30 cm una de cealaltă. El le sugerează hipnotic participanţilor să-şi imagineze că au magneţi în fiecare mână care le atrag una spre cealaltă sau elastice întinse între încheieturi, să se gândească la o forţă care le atrage mâinile aducându-le una spre cealaltă şi aşa mai departe. Testul este notat cu plus dacă, după 10 secunde, mâinile sunt la mai puţin de 15 cm una faţă de cealaltă. În cazul în care o mână e imobilizată, testul este înlocuit cu Proba 1 din SHSS : C.
2. *Vis*. Terapeutul le cere participanţilor să continue să se relaxeze şi le spune că vor avea un vis adevărat, destul de asemănător cu cele pe care le-ar putea avea noaptea. Este îngăduită o perioadă cronometrată de 1 minut, iar apoi participanţilor li se spune că visul s-a încheiat, dar şi-l pot aminti foarte clar. Terapeutul îi roagă pe pacienţi să spună totul despre vis. Administratorul cercetează detaliile, dacă e necesar, iar participanţilor li se cere să spună cât de real li s-a părut visul. Este înregistrat un plus dacă experienţa raportată este comparabilă cu un vis adevărat.

3. *Regresia în timp.* Participanţilor li se permite să aleagă între întoarcerea în clasa a III-a, a IV-a sau a V-a şi li se spune că în scurt timp vor reveni la o zi fericită din şcoala primară. Este folosită o numărătoare de la 1 la 5, „mai tânăr şi mai mic", şi aşa mai departe pentru a se încerca obţinerea unui răspuns la regresie în timp ce se adânceşte transa. La numărul 5, participanţilor li se spune că sunt „acum un băieţel [sau o fetiţă] în clasa [aleasă.]" Terapeutul le pune apoi o serie de întrebări cum ar fi „Unde eşti?", „Ce faci?", „Cine este profesorul tău?", „Cine este cu tine?". Participanţilor li se spune că pot creşte şi reveni la vârsta din prezent şi aşa mai departe. Se acordă atenţie orientării complete în timp şi spaţiu a participanţilor. O scară cu 5 puncte este folosită pentru punctajul subiectiv al participanţilor (dat după întreaga hipnoză). Scala este progresivă de la 1 (nici un fel de regresie) la 5 (participanţii chiar au simţit că s-au întors şi retrăiesc o experienţă din trecut). Este notat un plus pentru acest item dacă administratorul dă calificativul „bun" sau dacă punctajul participantului este 4 sau 5.
4. *Sugestie posthipnotică.* Sugestia posthipnotică de a-şi drege vocea sau de a tuşi este destul de ingenios introdusă în testul final al amneziei. În timpul instrucţiunilor privind amnezia (vezi itemul următor) participanţilor li se spune că mai târziu, când administratorul bate de două ori în masă cu un creion, vor simţi brusc nevoia să tuşească sau să-şi dreagă vocea şi o vor face. Este înregistrat un plus dacă participanţii fac asta după ce sunt scoşi de sub hipnoză şi se bate cu creionul în masă.
5. *Amnezia.* Terapeutul explică faptul că la o numărătoare de la 10 la 1, participanţii vor ieşi treptat de sub hipnoză. Sugestia posthipnotică de la itemul precedent este administrată odată cu instrucţiunea ca participanţii să uite că li s-a spus să tuşească sau să-şi dreagă vocea, aşa cum vor uita ce s-a întâmplat până când terapeutul le spune să-şi amintească totul. După trezire, participanţilor li se cere să spună ce s-a întâmplat după ce au închis ochii. Este notat un plus dacă nu îşi pot aminti mai mult de două teste.

Herbert Spiegel şi David Spiegel (1978) au dezvoltat Profilul Inducţiei Hipnotice (*Hypnotic Induction Profile* – HIP), care necesită 5 până la 10 minute pentru a fi administrat. Este destinat să acceseze hipnoza ca o modificare subtilă a percepţiei, implicând capacitatea

proprie a participantului de concentrare atentă şi receptivă. HIP oferă o procedură pentru inducerea transei şi o măsurare standardizată a capacităţii hipnotice. Spre deosebire de alte scale, HIP a fost standardizată şi validată mai degrabă pe o populaţie de pacienţi, într-un cadru clinic, decât pe studenţi din universităţi, tineri şi sănătoşi.

În crearea HIP, cei doi Spiegel s-au concentrat mai mult asupra perspectivei clinice decât asupra punctului de vedere al cercetării, subliniat de *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*. Ei au înţeles nevoia unui test de hipnotizabilitate şi mai scurt decât SHCS, care durează 20-25 de minute. În acelaşi timp, şi-au dorit o scară ce ar facilita relaţia clinică-terapeutică, mai mult decât una menită, în primul rând, să satisfacă nevoile din contextul unui laborator.

Cei doi Spiegel au teoretizat hipnoza ca fiind mai degrabă o stare decât o funcţie a influenţei sociale. De asemenea, ei au recunoscut că motivaţia şi contextul sunt factori-cheie în orice măsurătoare psihologică. Cu siguranţă, testele administrate studenţilor voluntari, ce au ca singur scop experimentele din domeniul hipnozei, trebuie să măsoare dimensiuni diferite de cele care se prezintă pentru tratamentul clinic (Frankel şi Orne, 1976). Studenţii curioşi în legătură cu hipnoza sunt, fără îndoială, mai puţin motivaţi decât pacienţii din clinici care caută ajutor pentru o problemă personală. HIP a fost creat pentru a depăşi dificultăţile inerente ale scalelor universitare ale hipnotizabilităţii. Testul constă din trei componente principale şi reprezintă prima încercare de a aduce măsurătoarea biologică direct într-un test de hipnotizabilitate. Ţinând cont că HIP a fost creat în anii '70 şi că elementele biologice ale răspunsului creierului la hipnoză au fost descoperite abia foarte recent, faptul că autorul a inclus măsurătoarea biologică denotă o previziune remarcabilă. Cele trei componente principale sunt următoarele : o componentă biologică, o dare a ochilor peste cap care înregistrează presupusa capacitate de transă biologică ; un aspect ideomotor ce constă în ridicarea mâinii ; şi o experienţă subiectivă a descoperirii, controlul diferenţiat al mâinilor. Testul este menit să scoată la iveală suficiente informaţii privind hipnotizabilitatea unui pacient pentru a fi luată o decizie clinică în privinţa rolului hipnozei în tratament. Scala este semnificativ corelată cu cea mai bună *Scală Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*, dar, ceea ce este mai important pentru medic, este bogată în relaţii predictive cu rezultatele tratamentului şi factorii psihopatologici.

Corespunzător celorlalte scale recunoscute, HIP se corelează semnificativ cu SHSS : C (Frischholz *et al.*, 1980) şi testează o singură experienţă a transei pe măsură ce avansează prin toate etapele intrării sub hipnoză, trăirii hipnozei şi răspunsului la sugestiile hipnotice. HIP stabileşte şi o structură a secvenţei, dar momentul specific al trecerii de la conştienţa obişnuită la transă variază de la o persoană la alta. SHSS : A, SHSS : B şi SHSS : C sunt pregătite pentru această variaţie trecând de la închiderea ochilor la test, dar permiţând trăirea mai multor faze distincte ale experienţei închiderii ochilor, astfel încât să se adapteze diferitelor răspunsuri individuale ale participanţilor. Din păcate, SHCS are doar o singură inducţie de relaxare, după care se presupune că participanţii se află sub hipnoză.

HIP accentuează experienţa transei şi se împarte în două faze prin 10 itemi individuali. Şase dintre ele sunt realmente folosite pentru evaluarea capacităţii de transă a participantului şi pentru notarea HIP conform metodei notării profilului. Celelalte probe rămase sunt menite să stabilizeze în continuare imaginea clinică pentru intrarea şi ieşirea din transă şi pentru autoraportarea care urmează. Totuşi, notarea acestor ultime patru probe este considerată opţională, pentru că ele nu fac parte din punctajul de fond al HIP. Tehnica induce transa hipnotică repede, în condiţii observate şi specificate şi, la fel ca în cazul altor scale, furnizează o ieşire clară din transă, la semnal. Simultan, testul îi prezintă participantului propriile idiosincrazii pentru intrarea şi ieşirea din transă. Examinatorul măsoară capacitatea de transă, iar participanţii învaţă să identifice experienţa acesteia, astfel încât, mai târziu, să o poată iniţia şi folosi independent, sub formă de autohipnoză, fără nevoia unui terapeut.

HIP este împărţită în patru faze ale măsurării. La fel ca în SHSS : A, SHSS : B şi SHSS : C, există mai întâi o pretransă sau o fază de preinducţie, care durează până la închiderea ochilor. SHCS le cere participanţilor să-şi închidă voluntar ochii înainte de a fi date instrucţiunile inducţiei de relaxare şi, astfel, se pierd foarte multe din aspectul clinic şi psihometric al evaluării răspunsului participantului la inducţie.

Pe scurt, cele patru faze pentru măsurarea HIP sunt următoarele :

1. *Pretransa*. Se stabileşte legătura cu starea de preinducţie a conştienţei obişnuite prin privirea în sus şi este unul dintre itemii notaţi opţional.

2. *Inducția.* Transa formală este indusă prin instrucțiunile de închidere a ochilor și cele pentru receptivitatea postinducție, la fel cum instrucțiunile de ieșire din transa formală folosesc deschiderea ochilor. Această fază include semnul dării ochilor peste cap și ridicarea brațului în urma instrucțiunii.
3. *Postinducția inițială.* Postinducția inițială este măsurată în posttransa formală cu ochii deschiși pentru a stabili conexiunea cu receptivitatea acesteia. Include momentul furnicăturilor (notat opțional), disocierea, ridicarea semnalată a brațului și controlul diferențiat. Atingerea de către administrator a cotului participantului încheie această fază.
4. *Faza finală postinducție.* Această fază vine după transă, odată ce a fost stabilită starea de conștiență obișnuită. Aceste probe includ amnezia (notată opțional) și plutirea.

Pe scurt, itemii HIP sunt:

1. *Disocierea.* Punctarea acestui element necesită un răspuns spontan din partea participantului și poate fi notat pozitiv cu 1 sau 2 dacă participantul spune că brațul folosit în sarcina pregătitoare a ridicării pare că „face mai puțin parte" din corp decât celălalt braț sau dacă mâna pare „mai puțin în contact cu încheietura" decât cealaltă mână.
2. *Ridicarea semnalată a brațului.* Acest item este notat de la 1 la 4 dacă, la semnalul din instrucțiune, brațul participantului se ridică drept în sus. Evaluarea se bazează pe numărul de întăriri verbale necesare.
3. *Controlul diferențiat.* Acest item este și el spontan și neinstruit. Este punctat cu 1 sau 2 dacă participantul simte că își controlează mai puțin brațul folosit în momentul ridicării. Întrebările administratorului nu indică ce braț ar trebui să fie mai puțin controlabil.
4. *Oprirea.* Acest item este notat pozitiv cu 1 sau 2 dacă, la semnalul din instrucțiune, participantul raportează o încetare normală și revenirea controlului asupra brațului folosit în momentul ridicării.
5. *Plutirea.* Acest item este notat cu 1 sau 2 dacă participantul spune că, pe durata administrării testului ridicării, a avut senzația de plutire, conform instrucțiunii.

HIP este o interacțiune hipnotică evaluată obiectiv, care obține rezultate comparabile cu datele standardizate obținute în cazul pacienților

clinici. Inducţia necesită abilitate şi experienţă. Trebuie să existe o viteză sau un ritm care este stabilit şi menţinut pe durata interacţiunii. Nu trebuie să apară tăceri prelungite sau pauze în timpul administrării testului, iar ritmul nu trebuie să fie atât de rapid încât participanţii să nu aibă timp să-şi perceapă trăirile. Administrarea HIP necesită o expertiză considerabilă din partea administratorului şi o familiarizare completă cu testul, care nu este cerută în cazul *Scalei Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*. Tocmai de aceea, la Universitatea de Stat din Washington, de obicei, prezentăm HIP doar la sfârşitul cursurilor avansate de hipnoză. Asta înseamnă că absolvenţii care încep să înveţe scala au deja la activ 500 până la 1.500 de inducţii hipnotice şi sunt destul de avansaţi în programele lor de doctorat. Chiar şi aşa, fără o experienţă clinică şi încredere considerabile, HIP poate fi dificil de stăpânit. Este o scală rezervată medicilor cu experienţă. Instrucţiuni detaliate cu privire la administrarea scalei apar în textul clasic al lui H. Spiegel şi D. Spiegel *Trance and Treatment* (1978) şi în ediţia a doua a acestuia (2004).

Cuantificarea profunzimii hipnotice

De-a lungul anilor, au fost publicate câteva încercări de a cuantifica profunzimea hipnotică sau cel puţin de a arăta caracteristicile diferitelor nivele de implicare hipnotică. Charcot (1882/1888) a considerat că există trei tipuri de hipnoză : catalepsie, letargie şi somnambulism. Bernheim (1964) şi Liébeault (1866) au clasificat diversele nivele de transă înşirate de la somnolenţă la catalepsie (de exemplu, rigiditatea membrelor obţinută prin sugestie), până la halucinaţii sugerate posthipnotice.

Davis şi Husband (1931) au publicat o scală ce diferenţiază cinci nivele de hipnoză, au alocat un punctaj de profunzime şi au indicat procentajul de participanţi pe care i-au găsit capabili să atingă fiecare nivel (vezi tabelul 4.1).

J. Watkins (1949) a publicat o versiune extinsă a acestei scale, care adaugă următoarele probe : 8, Hipermnezie uşoară ; 16, Hipermnezie marcată ; 19, Regresie ; şi 32, Halucinaţii vizuale negative, posthipnotic.

Eforturile de a corela hipnotizabilitatea cu trăsăturile de personalitate au fost, în general, lipsite de succes. Cu toate astea, J. Hilgard (1979) a arătat că abilitatea de a răspunde hipnotic este legată de „menţinerea vie a implicării imaginaţiei din copilărie". Acele persoane

Tabelul 4.1. *Scala Susceptibilității Hipnotice* a lui Davis și Husband (1931)

Profunzime	Punctaj	simptome obiective	Nr. de cazuri	Procent de cazuri
Insusceptibil	0		5	9
Hipnoidă	2	Relaxare	16	29
	3	Baterea din pleoape		
	4	Închiderea ochilor		
	5	Relaxare fizică totală		
Transă ușoară	6	Catalepsia ochilor	10	18
	7	Catalepsie membrelor		
	10	Catalepsia rigidă		
	11	Anestezie („în mănușă")		
Transă medie	13	Amnezie parțială	8	15
	15	Amnezie posthipnotică		
	17	Schimbări ale personalității		
	18	Sugestii posthipnotice simple		
	20	Iluzii chinestezice; amnezie completă		
Somnambulistic	21	Abilitatea de a deschide ochii fără a afecta transa	16	29
	23	Sugestii posthipnotice bizare acceptate		
	25	Somnambulism complet		
	26	Halucinații vizuale pozitive, posthipnotic		
	27	Halucinații auditive pozitive, posthipnotic		
	28	Amnezii posthipnotice sistematizate		
	29	Halucinații auditive negative		
	30	Halucinații vizuale negative; hiperestezii	3	
		Total	55	100

care se bucură de fantezii prin intermediul lecturii sau al identificării par să răspundă peste medie.

În *Testul Apercepției Tematice*, participanților li se cere să-și imagineze povești despre imaginile care le sunt prezentate. Una dintre imagini arată un băiat stând întins, aparent adormit, pe o canapea, cu un bărbat mai în vârstă aplecat deasupra lui. Această poză este deseori percepută ca o imagine a hipnozei. Există unele dovezi că descrierea relației dintre băiat și bărbatul mai în vârstă făcută de

participant poate spune dacă individul îl priveşte favorabil pe terapeut şi are încredere în el sau dacă este suspicios cu privire la motivele acestuia şi simte nevoia să opună rezistenţă. Răspunsul la această imagine îi poate fi de ajutor terapeutului (care practică hipnoterapia sau alte tipuri de psihoterapie) în evaluarea relaţiei terapeutice şi a posibilităţii de obţinere a unui răspuns favorabil din partea pacientului său.

Pentru o intervenţie terapeutică de succes, terapeutul trebuie să transpună teoria în practică. Hipnoza clinică nu poate fi învăţată doar din cărţi. Abilitatea de a folosi metoda hipnotică în tratamentul efectiv al pacienţilor cere ca învăţăcelul să petreacă o perioadă însemnată de timp practicând, lucrând cu pacienţi adevăraţi, vii. În consecinţă, exerciţiile practice, care includ unele dintre testele de hipnotizabilitate de mai înainte, ar trebui să le permită cercetătorilor şi medicilor să-şi dezvolte abilităţile în selectarea participanţilor potriviţi pentru lucrul cu hipnoza.

CAPITOLUL 5

Tehnici introductive de inducție hipnotică

Dat fiind că hipnoza este, în esență, o stare de atenție trează, caracterizată printr-o concentrare receptivă focală crescută cu o diminuare corespunzătoare a conștienței periferice, există nenumărate feluri prin care această stare hipnotică – sau transă – poate fi inițiată. De exemplu, printr-o inducție formală, spre deosebire de transa spontană care este provocată fie intern (visul cu ochii deschiși), fie extern (trauma). Ele diferă în mare măsură în accentuarea relativă a proceselor motorii, perceptuale sau disociative. Există induceri hipnotice reușite care merg dincolo de răspunsurile ce pot fi obținute doar prin sugestie și influență socială; fiecare conține o parte din elementele care urmează. Eu (A.F.B.) am observat că atenția deosebită acordată celor trei etape de bază ale inducției hipnotice (în special în rândul începătorilor cu mai puțin de 500 de inducții reușite) are o importanță decisivă dacă se dorește obținerea unor răspunsuri hipnotice adevărate din partea unei persoane hipnotizabile.

Trei faze ale inducției hipnotice

Faza preparatorie constă în descrieri ale răspunsului hipnotic ce pot fi pur și simplu incluse în inducția hipnotică și care sunt prezentate, în întregime, la timpul viitor, înainte de a se petrece. Participantul este atent. Verbalizarea poate include sugestii cum ar fi: „Pleoapele tale vor deveni din ce în ce mai grele și vei dori să închizi ochii, în cele din urmă ochii tăi vor fi atât de obosiți, încât îi vei închide – va deveni imposibil să-i ții deschiși, presiunea mâinii care ți se odihnește pe picior va deveni tot mai mică –, *acea* mână [cuvântul acea este

folosit pentru a disocia mâna de persoană] va deveni tot mai uşoară şi, până la urmă, va începe să se ridice, să se înalţe de la sine, poate vei observa că vei saliva mai mult pe măsură ce intri sub hipnoză, unii oameni au o asemenea reacţie, o poţi avea şi tu, este una dintre acele reacţii perfect normale pe care oamenii le au în această etapă, poate o vei avea şi tu, poate nu, dar în tot acest timp vei deveni din ce în ce mai calm" (sau mai alert, dacă este plănuită o inducţie alertă; acestea sunt răspunsuri specifice care indică mai degrabă ce se va simţi decât o cerere vagă de „relaxare"). Elementul-cheie al fazei pregătitoare este acela că terapeutul este în deplină siguranţă sugerând reacţii la timpul viitor, când nu există nici o dovadă a acestora la participant. Eu (A.F.B.) am petrecut odată aproape o oră evocând ridicarea mâinii unei persoane de pe picior. Răspunsul la inducţie a devenit atât de profund la acel individ, încât viitorul raport hipnotic a fost asigurat şi au avut loc inducţii rapide şi profunde, având ca rezultat câştiguri terapeutice spectaculoase şi schimbări pozitive majore în viaţa pacientului.

Etapa de tranziţie constă în descrierea la timpul prezent a răspunsurilor hipnotice pe măsură ce terapeutul le observă. Concentrarea participantului devine lipsită de efort odată ce el începe să disocieze şi nu mai ştie de nimic în afara activităţii hipnotice. Trecerea prematură la această fază este reţeta eşecului în obţinerea unui adevărat răspuns hipnotic. Dacă se întâmplă aşa, în cel mai bun caz terapeutul poate obţine doar relaxarea şi răspunsuri căznite la sugestii simple. Terapeutul ar trebui să iniţieze această etapă doar când observă dovezi clare ale reacţiei participantului, sugerate în etapa pregătitoare. Odată ce terapeutul capătă experienţă în hipnoză, el va învăţa să observe mai îndeaproape participantul pe măsură ce va deveni mai puţin preocupat de îndeplinirea sarcinilor specifice ale procedurii de inducţie. Drept rezultat, terapeutul va deveni capabil să folosească aceste observaţii clinice subtile ale răspunsului hipnotic în faza de tranziţie, fie că ele au fost sau nu sugerate în etapa anterioară. Deseori, clienţii îşi repetă propriile răspunsuri idiosincratice în procesul intrării sub hipnoză. Verbalizarea tipică a etapei de tranziţie poate fi următoarea: în momentul observării zbaterii pleoapelor spui: „Ochii încep să clipească, e posibil să se închidă curând"; apoi, când ochii se închid pentru o clipă, spui: „Iată ochii închişi, mult mai comod cu ei închişi decât deschişi".

Etapa raportării hipnotice constituie adevărata experiență hipnotică. Verbalizarea implică orice este cerut de nevoile clinice ale situației sau de protocolul de cercetare. Aprofundarea hipnotică, așa cum am explicat în capitolele anterioare, și verificările profunzimii ar trebui să corespundă dificultății răspunsului hipnotic cerut. Consideră, pentru un moment, că pacientul a regresat, cel puțin într-o oarecare măsură. De ce te-ai aștepta să ți se acorde încredere să folosești mai departe hipnoza în terapie dacă ești perceput ca fiind nesigur pe tine sau, și mai rău, neîncrezător că starea hipnotică este reală? Nici un terapeut grijuliu, indiferent cât de isteț ar fi, nu poate rezona cu un pacient în timp ce încearcă să-și ascundă neîncrederea în metoda pe care vrea să o folosească. Pentru a obține răspunsuri dificile la sugestii hipnotice (alinarea durerii, chirurgie fără anestezic, amnezie, rezolvarea unor traume etc.) este absolut necesar să te aștepți să funcționeze, trebuie să știi că va merge. Vei dobândi prestigiul și expertiza pentru a-ți ajuta clienții să obțină o stare hipnotică, dar trebuie să fii onest în terapie, dacă vrei ca ea să funcționeze.

Dezvoltă o serie de sugestii hipnotice progresive și nu întrerupe procesul cerând simple comportamente voluntare. Aceste puncte sunt cheia pentru a-ți ajuta pacientul să obțină o stare modificată și nu doar relaxarea sau răspunsuri produse în urma sugestiei. În această fază, pacientul dă dovadă de: a) sugestibilitate crescută; b) atenție redistribuită (dacă i se spune să asculte doar vocea ta, toate celelalte vor fi ignorate fără efort); c) lipsa unei dorințe de a face planuri, te poți concentra doar pe aici și acum; d) o reducere a verificării realității în care distorsiunile acesteia sunt repede acceptate (poate accepta fără să critice experiențe halucinate, cum ar fi mângâierea unui iepure imaginar); e) receptivitate la amnezia posthipnotică atunci când este instruit în acest sens și cu restaurarea a ceea ce s-a petrecut la semnalul posthipnotic; f) capacitatea de a interpreta imediat roluri neobișnuite când este instruit să o facă, cum ar fi reinterpretarea unor caracteristici comportamentale ale unei vârste anterioare – regresia.

Principiile inducției

Pentru a restrânge câmpul perceptual, cere-i participantului să se concentreze pe un anumit element al funcționării sale fizice sau

psihologice : să se concentreze pe un singur aspect, să-şi îndepărteze atenţia de la alte elemente ale fiinţei sale. Astfel, pentru a-l determina pe pacient să se uite cu atenţie la un obiect, pentru fixarea ochilor, spune : „Te rog încearcă să te uiţi fix la acea piuneză de pe perete" ; pentru a-l face pe pacient să-şi perceapă senzaţiile din mână spune : „Uită-te doar la acea mână şi vezi ce poţi observa" ; sau pentru a-l face să vizualizeze o anumită scenă spune : „Imaginează-ţi că eşti pe o insulă tropicală".

Pentru a minimaliza efortul conştient şi voluntar, spune-le participanţilor că nu trebuie să fie atenţi la vorbele terapeutului : „Cuvintele mele vor pătrunde în mintea ta fără să încerci să le asculţi, nu încerca să faci nimic, doar lasă lucrurile să se petreacă".

Pentru a disocia mâna de controlul participanţilor şi pentru a transforma mişcările normale ale sinelui sau ale „subiectului" în acţiuni ale nonsinelui sau ale „obiectului" participanţilor li se poate spune : „*Mâna* se mişcă *înspre* faţă" (şi nu „Mâna *ta* se mişcă spre faţa *ta*").

Pentru a ocoli participarea voluntară sau a eului, spune-le participanţilor : „Nu prea eşti preocupat de faptul că poţi face multe lucruri fără să fie nevoie să te gândeşti la ele". Afirmaţiile de acest gen au fost dezvoltate foarte mult de Milton Erickson. Se consideră că ele constituie o tehnică „de confuzie" (Erickson, Rossi şi Rossi, 1976).

Pentru a induce regresia subliniind confortul, relaxarea, pasivitatea, chiar dependenţa infantilă, spune-le participanţilor : „Te afli într-un loc moale, cald, unde toate nevoile îţi sunt satisfăcute şi unde te poţi bucura de această experienţă cu fiecare părticică a fiinţei tale" (o fantezie a pântecelui).

Pentru a lega reacţiile hipnotice de comportamentele obişnuite sugerate, spune-i participantului : „În timp ce stai acolo şi te relaxezi pe scaun, începi să remarci o senzaţie de uşurare a mâinii tale".

Pentru a folosi repetiţia ca ajutor în crearea răspunsului care disociază, spune-i participantului : „Îţi este tot mai somn, tot mai somn, tot mai somn". (Pentru participant nu contează că starea hipnotică nu are nimic de-a face cu adevărata stare de somn.) Prin contrast, inducţia alertă poate implica verbalizări de genul : „Devii din ce în ce mai alert, din ce în ce mai alert, mai treaz şi complet alert".

Pentru a focaliza atenţia pe micile mişcări normale şi a le extinde în comportamente care implică segmente mai mari ale corpului, spune-i participantului : „Clipeşti şi pleoapele tale devin tot mai grele şi vor să se lase în jos, în jos, în jos, în jos".

Ca să stabileşti un cadru pentru intrarea în transă, spune-i participantului: „Voi număra până la 20. Braţul tău, pe care îl ţin, va deveni tot mai greu. La 20, când îl voi lăsa să cadă, o să te cufunzi rapid într-o stare profundă de calm". Această instrucţiune este similară cu „Pe locuri, fiţi gata, start!". Este sugerată o pregătire pentru răspunsul hipnotic. Participantul aşteaptă şi anticipează apariţia acestuia.

Pentru a asista intrarea naturală într-o stare de transă, cere-i participantului să-şi imagineze un soi de fantezie sau de vis.

În acest capitol descriem câteva dintre cele mai obişnuite şi tradiţionale abordări ale inducţiei transei, detaliate considerabil, astfel încât, prin intermediul sesiunilor practice cu participanţii potriviţi, începătorul să poată învăţa cum să hipnotizeze. În capitolul următor luăm în considerare tehnicile adiţionale care implică o mai mare complexitate şi mai multe abilităţi pentru a fi executate cu succes sau care se ocupă de probleme specializate.

Tehnici introductive de inducţie

Tehnica relaxării

Aşa cum am remarcat în capitolul despre istorie, profesioniştii timpurii, cum ar fi Liébeault, percepeau starea hipnotică drept un fel de somn şi foloseau frecvent acest cuvânt ca parte a verbalizării inducţiilor lor. Deoarece cercetările au arătat că starea de hipnoză este fiziologic şi psihologic diferită de cea a somnului, cei din domeniu tind acum să evite acest termen. Totuşi, în locul lui este folosit destul de mult termenul *relaxare*, atât în orientarea pacienţilor spre înţelesul hipnozei, cât şi în furnizarea unui cadru pentru o inculcare mai eficientă a sugestiilor.

Relaxarea nu este deloc necesară pentru o inducţie hipnotică (Barabasz şi Barabasz, 2000); cu toate acestea, Meares (1961) a dedicat aproape un întreg capitol descrierii unei abordări prin relaxare şi le-a specificat pacienţilor săi: „Este mai uşor să obţii starea mentală a unui somn hipnotic dacă stai întins pe spate". Pe de altă parte, Hilgard şi Hilgard (1975) au descoperit că nu există nici o diferenţă între răspunsurile la aprofundarea hipnozei dacă participanţii sunt aşezaţi sau în picioare. Mai multe tehnici, cum ar fi cea a oscilaţiei şi unele abordări rapide, folosesc o postură iniţială în picioare. Dovada că indivizii pot fi hipnotizaţi stând în picioare, aşezaţi sau întinşi, este indicatorul faptului că hipnoza nu este acelaşi lucru cu

simpla relaxare. Ca un exemplu mai degrabă extrem, eu (A.F.B.) am hipnotizat piloţi în timp ce zburau cu capul în jos, la propriu, într-un simulator al unui avion de luptă şi am hipnotizat piloţi de linie aflaţi în pregătire – într-un simulator Boeing 737 cu mişcare completă – în cadrul unei cercetări asupra sporirii atenţiei.

Totuşi, multe inducţii şi tehnici de aprofundare folosesc anumite variaţii ale relaxării, atât ca proces, cât şi ca verbalizare în faţa pacienţilor, iar utilizarea ei pare să facă procesul de inducţie să se dezvolte într-un mod treptat şi mai natural. Mai mult, când hipnoza le este descrisă pacienţilor ca o formă de „relaxare naturală", ei pot scăpa de orice frici privind implicarea în ea. Atunci nu mai este o experienţă stranie, misterioasă, în care voinţa le poate fi dominată, ci devine o stare psihologică naturală şi plăcută, cu care sunt deja obişnuiţi. Hipnoza este atunci separată de noţiunea greşită de „proces special".

Înainte să fie creat tratamentul farmaceutic modern pentru hipertensiune, Jacobson (1938) a descris un proces detaliat al „relaxării progresive" pentru a-i învăţa pe pacienţi să-şi reducă tensiunea arterială. Nu a considerat asta ca fiind hipnoză. Totuşi, folosirea tehnicilor de relaxare progresivă duce deseori la intrarea uşoară a unui pacient sub hipnoză. Aceleaşi proceduri pot fi folosite şi ca o pregătire pentru hipnoză când participanţii sunt, la început, foarte tensionaţi şi opun rezistenţă. Pe măsură ce se relaxează, ei tind să renunţe la posturile rigide ale opoziţiei la sugestiile hipnotice.

Sugestiile relaxării progresive sunt menite să-l facă pe pacient foarte conştient de diferenţa între o stare de tensiune şi o stare de relaxare progresivă în diferite părţi ale corpului. Un exemplu ar putea fi următorul:

> Ridică-ţi piciorul drept de pe podea şi întinde piciorul în afară. Acum imaginează-ţi că ai o greutate mare aşezată pe gleznă. Fii conştient de tensiunea din întreg piciorul. Gândeşte-te la ea. Observă apăsarea şi oboseala. Concentrează-te pe tot ce simţi în acel picior. Asta e. Acum dă-i drumul. Lasă-ţi piciorul să cadă liber şi moale până când este complet relaxat. Lasă să iasă din el toată tensiunea şi tot controlul.

Procedura este acum repetată cu piciorul stâng. Sugestii similare pot fi acum mutate spre zona abdominală.

> Contractă-ţi muşchii de pe o parte şi alta a abdomenului. Fă-i să fie ca o centură strânsă. Mai strâns, mai strâns, mai strâns. Asta e.

Păstrează acea tensiune. Concentrează-te pe ea. Fii foarte conştient de ce simţi. Bine. Acum dă drumul. Lasă toată înţepeneala şi tensiunea să iasă din muşchii abdominali. Lasă-i să devină complet relaxaţi.

Instrucţiuni asemănătoare sunt acum direcţionate spre muşchii pieptului, fiecare braţ, mâini, muşchii faciali, ochi şi frunte. Fiecare este, pe rând, tensionat, perceput şi apoi calmat spre o stare mai relaxată. Pacientul devine foarte conştient de diferenţa între tensiune şi relaxare şi învaţă cum să obţină relaxarea mai întâi în fiecare parte a corpului şi apoi, în sfârşit, în întregul trup. Exerciţiile, cu toate că aveau o eficienţă minimă în intenţia lor originală de a controla tensiunea arterială crescută, s-au dovedit foarte benefice în tratarea multor tipuri de reacţii anxioase şi suferinţe psihosomatice astăzi, când cerinţele societăţii noastre complexe şi supraîncărcate cu informaţii au o legătură semnificativă cu o gamă largă de tulburări ale tensiunii fizice şi psihologice. Dacă relaxarea a fost folosită pentru tratarea acestor suferinţe, mai este un mic pas pentru a o include într-o etapă iniţială a unei inducţii hipnotice.

Terapeutul care foloseşte asemenea tehnici vorbeşte încet, cu un glas blând, modelând astfel starea de relaxare. Meares repeta fraze de genul: „Calm, uşor, confortabil, dă-ţi drumul, somnoros, plutind, simte greutatea, lasă muşchii liberi, tot corpul tău se relaxează, te pătrunde cu totul" şi aşa mai departe.

Fiecare terapeut va modifica verbalizarea exactă, dar principiile generale ale acestei inducţii vor fi aceleaşi, şi anume: furnizarea continuă a sugestiilor de calm, eliberarea tensiunilor, plutirea, vizualizarea unei imagini plăcute de calm şi modelarea de către terapeut a unei stări de relaxare. Deşi operatorii abili observă întotdeauna mişcările pacienţilor lor şi încearcă să-şi coordoneze sugestiile cu aceştia, abordarea necesită probabil mai puţină atenţie la acest factor decât multe altele. Vocea monotonă şi sugestiile de tip hipnotic ale unei şi mai mari implicări în a deveni calm au un efect cumulat, care, în ultimă instanţă, duce la trecerea individului hipnotizabil într-o stare de transă.

Tehnica fixării ochilor

Lui James Braid (1960) i se acordă meritul de a fi creat ceea ce a devenit o metodă clasică de inducţie. Braid a considerat fixarea ochilor cheia spre o implicare hipnotică individuală.

Participantul este aşezat într-un fotoliu comod şi i se cere să se odihnească în mod confortabil. Un creion (sau un alt obiect) este ţinut chiar deasupra punţii nasului, poate la 15-20 cm distanţă şi suficient de aproape pentru a induce oboseala oculară. Pentru a se concentra asupra lui, participantul trebuie să se uite în sus şi să-şi direcţioneze ochii spre interior. Se intenţionează obosirea ochilor astfel încât, în cele din urmă, să devină naturală eliminarea tensiunii prin închiderea lor. Un bun terapeut este extrem de atent la toate răspunsurile musculare mărunte şi îl foloseşte pe fiecare pentru a construi administrarea sugestiilor menite să inducă reacţii în segmente mai mari ale corpului.

Închiderea ochilor poate fi rapidă sau poate dura îndeajuns de mult în cazul persoanei care opune rezistenţă. Prin urmare, e posibil ca braţul terapeutului să fie destul de obosit după menţinerea îndelungată a obiectului deasupra ochilor participantului. Mai mult, în cazul acestei abordări este mai bine să stai lângă scaunul participantului decât în faţa lui. Această poziţie este mai uşor de menţinut. Dacă terapeutul stă în faţa participantului şi îşi ţine braţul ridicat, va obosi mult mai repede ; cei care reacţionează mai lent pot avea nevoie de 15 minute înainte de a închide ochii. În poziţia preferabilă, braţul terapeutului se sprijină pe o parte, iar degetele, care se află sub ochii participantului, ţin creionul.

Terapeutul ar trebui să observe cu atenţie reacţiile participantului şi să aleagă momentul sugestiilor foarte aproape de acestea. De exemplu, remarca „Ocazional vor clipi" poate fi făcută imediat după ce este observată o clipire. Important este că sugestiile trebuie să corespundă celor observate. În primele etape ale inducţiei sugestiile urmează mişcările participantului. Mai târziu, pe măsură ce creşte implicarea hipnotică, terapeutul poate conduce sau iniţia aceste mişcări prin sugestiile potrivite. E important să ştii exact când să treci de la urmărire la conducere, iar asta necesită cea mai mare atenţie. Există mai multe variaţiuni ale acestei abordări, dar un set tipic de sugestii verbale poate fi următorul :

> Uită-te fix la partea strălucitoare a acestui creion. Fixează-ţi privirea pe ea. Inspiră adânc de câteva ori. Continuă să respiri adânc. Ascultă sunetul vocii mele. Vei vedea că pleoapele îţi devin tot mai grele. E aproape ca şi cum ar avea o greutate mare atârnată de ele. Şi cu cât te uiţi mai mult la ea, cu atât pleoapele tale devin mai grele şi clipeşti şi pare că ceva le trage în jos, ca şi cum ar vrea să se

închidă încet şi să devină mai moi, mai somnoroase şi mai grele. Şi le simţi ca şi cum s-ar închide încet, se închid încet, devin tot mai somnoroase şi mai obosite – şi când, în sfârşit, se închid, ce bine te simţi. Somnoros, greu, trag în jos, în jos, în jos, se închid încet, îţi este tot mai greu să vezi şi te simţi bine. E foarte, foarte greu să ţii ochii deschişi, simţi că în curând se vor închide complet, aproape se închid complet, aproape se închid complet, se închid complet. Ochii tăi sunt închişi complet ; te simţi bine ; te simţi confortabil ; eşti complet relaxat ; lasă-te să pluteşti şi bucură-te de această stare confortabilă de relaxare. Vei descoperi că şi capul îţi este tot mai greu, tinde să se aplece în faţă şi te laşi să pluteşti într-o stare uşoară, calmă, relaxată.

Sunt sugerate mai întâi senzaţia de greutate şi senzaţia că ochii vor să se închidă. Perceperea unor senzaţii cum ar fi aceea că ochii vor să se închidă nu poate fi contestată, aşa cum s-ar putea întâmpla cu comportamentele propriu-zise. Dacă terapeutul ar spune mai întâi : „Ochii ţi se închid" când, în realitate, ei sunt larg deschişi, atunci credibilitatea lui ar scădea. Deseori, în astfel de cazuri, participantul transformă asta într-o provocare. Atunci el devine implicat într-un soi de bătălie în care terapeutul insistă : „Ochii tăi se închid", în timp ce participantul rezistă cu înverşunare. În aceste cazuri, terapeutul pierde de multe ori. Chiar dacă, în sfârşit, ochii se închid, efortul de a induce închiderea lor şi acela al pacientului de a rezista a iniţiat o relaţie de tip confruntare. Evident că asta e contraproductiv. Există unele situaţii în care forţa verbală şi presiunea sunt singura cale de a induce transa, dar acestea ar trebui folosite cât mai puţin în hipnoza terapeutică.

Uneori, îngreunarea ochilor şi tendinţa lor de a se închide poate fi sporită printr-o pasă cu mâna a terapeutului, poate cu degetele răsfirate, mergând în jos de mai multe ori între ochii participantului şi creion.

Inducţia este considerată completă când ochii participantului sunt total şi ferm închişi. Acest lucru poate fi testat printr-o provocare de genul :

Ochii tăi sunt complet închişi şi vei descoperi că ei vor să rămână închişi. Pleoapele sunt strâns lipite, atât de strâns, încât cu cât încerci mai mult să deschizi ochii, cu atât se lipesc mai tare. Cu cât încerci mai mult să desparţi pleoapele, cu atât ele se lipesc mai tare. Sunt atât de strâns lipite, încât nu se dezlipesc oricât ai încerca. Încearcă să le desparţi.

După ce participantul a încercat pentru o clipă sau două, terapeutul poate spune : „E în regulă. Nu trebuie să mai încerci. Acum poţi intra într-o stare de relaxare foarte adâncă, adâncă, adâncă, adâncă".

Terapeuţii cu experienţă tind să evite provocările. Mai mult, dacă individul este un pacient căruia îi va fi administrat tratamentul hipnoterapeutic, provocările pot afecta relaţia. Sugestiile de provocare tind să stabilească un gen de relaţie dominant-dependent care poate fi contrară scopurilor terapeutului. Totuşi, în unele cazuri, terapeutul poate simţi nevoia de a testa nivelul implicării hipnotice înainte de a continua. De obicei, în acest punct se folosesc procedurile de adâncire ori, dacă medicul consideră că pacientul este suficient de implicat în hipnoză, pot fi aplicate sugestiile terapeutice sau alte proceduri ale tratamentului.

Variaţii ale tehnicii fixării ochilor. Poate deveni incomod să ţii un obiect pentru fixarea privirii, cum ar fi creionul, în faţa ochilor participanţilor. În consecinţă, aceştia pot fi rugaţi să-şi fixeze privirea pe un obiect din cealaltă parte a camerei, preferabil unul care îi forţează să se uite în sus. Unii practicieni, cum ar fi cei care folosesc o canapea analitică, pot aşeza o piuneză pe tavan la care pacientul este rugat să se uite. Cerându-le pacienţilor să fixeze un obiect din cameră, procedura poate fi folosită pentru a hipnotiza simultan mai mulţi membri ai unui grup. Hipnoza de grup este destul de fezabilă (cum ar fi în cazul testelor de hipnotizabilitate) şi ea este folosită de tot mai mulţi terapeuţi care lucrează cu grupuri.

Cu toate acestea, dificultatea este că sugestia hipnotică nu poate fi potrivită atât de precis cu mişcarea ochilor participanţilor sau cu alţi indicatori posturali ai implicării hipnotice. Prin urmare, unii vor ajunge să închidă ochii în câteva minute, în timp ce alţii încă privesc cu ochii larg deschişi obiectul ce trebuie fixat. Evident că terapeuţii de grup trebuie să-şi adapteze verbalizările la o situaţie generală.

Uneori, terapeutul îşi pune degetele pe fruntea participantului şi îi cere să fixeze vârful degetului mare. Şi această metodă poate fi obositoare, ea putând crea şi alte probleme de luat în considerare, pentru că implică atingerea.

Pacienţilor care poartă lentile de contact trebuie să li se ceară să le scoată înainte de a începe inducţia de fixare a ochilor.

Metoda clipirii

Această metodă de închidere a ochilor are avantajul de a necesita un efort vocal redus din partea terapeutului. De asemenea, este destul de uşor de administrat unui grup.

Participanţilor li se cere să stea rezemaţi confortabil în scaunele lor, să-şi închidă ochii şi să inspire adânc de câteva ori. Asta, desigur, este procedura standard pentru multe inducţii diferite şi pur şi simplu stabileşte un cadru receptiv şi un sentiment de siguranţă. Instrucţiunile pot fi date după cum urmează :

> Voi număra începând cu unu. De fiecare dată când spun un număr vreau să clipiţi şi să deschideţi ochii doar pentru o fracţiune de secundă şi apoi să-i închideţi la loc imediat. Continuaţi să faceţi asta răspunzând la fiecare număr pe care îl rostesc printr-o deschidere şi apoi închidere rapidă a ochilor, până când ochii vă sunt atât de obosiţi, încât nu mai vor să se deschidă. Atunci îi puteţi ţine închişi şi vă puteţi relaxa profund.

Este de dorit ca terapeutul să demonstreze comportamentul de clipire la numărătoare înainte de a începe inducţia, pentru a arăta ce se aşteaptă.

Apoi, terapeutul începe să numere la un interval de 5 secunde. Observă atent ochii participanţilor pentru a vedea dacă îndeplinesc instrucţiunea clipind doar foarte rapid şi apoi închizându-se la loc imediat, la fiecare 5 secunde.

După aproximativ 20 de numere, terapeutul începe să lase perioade mai lungi între numărători, poate intervale de tranziţie de 7 până la 8 secunde, în timp ce numără de la 21 la 30. După aceea, intervalele cresc sistematic cu aproximativ 5 secunde pentru fiecare grup de 10 numere. Astfel, de la 30 la 40 sau 50 fiecare număr poate fi separat de un interval la 10 secunde ; de la 50 la 60 sau 70 – de intervale de 15 secunde. Când se ajunge la intervale de 20 de secunde, s-au petrecut 15 minute sau mai multe cu inducţia. Se recomandă ca la început terapeutul să rostească numerele cu voce clară, fermă, iar vocea lui să devină mai joasă şi mai blândă pe măsură ce inducţia avansează, devenind aproape şoptită atunci când intervalele au ajuns la 20 de secunde.

Această procedură se bazează pe tendinţele fiziologice naturale. Pe măsură ce participanţii devin tot mai relaxaţi, vor din ce în ce mai

puţin să deschidă ochii. De fiecare dată când o fac se confruntă cu o percepţie vizuală a realităţii la care organismul trebuie să se adapteze, dar aceasta durează atât de puţin, încât nu au realmente timp să se readapteze la conştienţa normală a stării nehipnotizate. Tindem să repetăm comportamentele care rezultă în încetarea sentimentelor de neplăcere. De asemenea, evităm comportamentele care aduc neplăcere sau pedeapsă. Deschiderea ochilor creează un sentiment de disconfort ; închiderea lor readuce starea plăcută de calm. Aşadar, în timp, este mult mai simplu doar să ţinem ochii închişi şi să continuăm cu o „stare de relaxare profundă" pe care terapeutul nu numai că ne-a permis-o, dar ne-a şi sugerat-o.

Privirea aţintită înainte

Această tehnică a fost folosită pe scară largă de Bernheim şi este descrisă mult mai detaliat de Meares (1961, pp. 195-204) decât o descriem noi aici. Este o abordare extrem de agresivă, al cărei succes depinde de dominaţia terapeutului asupra participantului. Este potrivită, în special, pentru situaţii de urgenţă, în care participantul, de exemplu, tocmai a suferit o traumă emoţională. Eu (A.F.B.) am folosit-o în secţiile de urgenţă ale spitalelor unde se cere hipnoza imediată pentru a-l ajuta pe pacient să coopereze în timpul unui tratament sau al unei proceduri medicale. Unul dintre cazuri implica un paznic de la un bar local care fusese înjunghiat în spate. Acest individ, destul de masiv, încă mai avea cuţitul înfipt în spate, dar din cauza durerii şi agitaţiei era incapabil să stea locului îndeajuns de mult încât să i se poată face radiografia de urgenţă necesară. Nu era momentul pentru măsurarea hipnotizabilităţii sau pentru încercarea unei lungi inducţii de relaxare. Inducţia privirii aţintite înainte a produs, foarte repede, o transă profundă.

Deoarece este o metodă destul de puternică, există anumite indicaţii specifice pentru a fi folosită eficient şi anumite avertismente şi contraindicaţii. Stabileşte relaţia mai degrabă tradiţională de tip dominaţie-supunere descrisă în povestea lui Svengali şi Trilby (*apud* Maurier, 1941) şi de aceea nu este recomandată pentru un tratament pe termen lung, ce poate implica analiza sau alte modalităţi similare de psihoterapie. Aceasta nu creează genul de relaţie considerată, în mod normal, terapeutică.

Totuşi, la fel ca în exemplul anterior, când este esenţială inducerea rapidă a unei stări de transă, în special în scopul alinării unei dureri acute (cum ar fi cele care apar pe un câmp de luptă sau în urma unui accident grav), poate fi metoda preferată. Terapeutul trebuie să o iniţieze doar cu un aer foarte încrezător, curajos, şi trebuie să folosească o voce fermă, poruncitoare. Este o abordare ce va fi folosită rar. Este contraindicată când pacientul prezintă tendinţe paranoide, pentru că asemenea persoane îl pot include pe terapeut în sistemul lor de iluzii având capacitatea de a „deochia". Există şi posibilitatea de a-i traumatiza pe pacienţii mai timizi şi de a le induce o teamă durabilă faţă de hipnoză sau faţă de respectivul terapeut. Totuşi, când este necesară luarea unei măsuri ferme, imediate pentru a linişti un individ isteric sau pentru a administra o hipnoanestezie rapidă şi eficientă (când poate anestezicele chimice sau analgezicele nu sunt la dispoziţie sau sunt contraindicate), practicianul trebuie să fie pregătit să folosească această procedură.

Pacientul ar trebui să stea întins sau aşezat, cu faţa la terapeut, iar ochii acestuia să fie fixaţi într-un punct aflat între ochii pacientului, pe puntea nasului. Faţa şi privirea terapeutului ar trebui să fie destul de aproape, de fapt, pot fi atât de apropiate încât ochii terapeutului să fie focalizaţi pe puntea nasului, dar să privească prin ea, ca şi cum ar fi aţintiţi spre un punct îndepărtat aflat de cealaltă parte a capului pacientului. Această privire fixată mai degrabă prin puntea nasului pacientului decât pe ea va uşura în mare măsură tensiunea din ochii terapeutului, dar va fi la fel de eficientă pentru pacient. Apucând umerii pacientului, terapeutul poate da apoi, cu o voce poruncitoare, sugestii cum ar fi :

> Uită-te fix în ochii mei. Uită-te, nu-ţi lua ochii. Trebuie să te uiţi în ochii mei chiar dacă ai vrea să întorci privirea. Ochii tăi devin foarte, foarte grei. Nu pot sta deschişi. Există o forţă irezistibilă care îi trage în jos. În jos ! În jos ! În jos ! Mai grei. Clipesc [spus imediat după ce pacientul a clipit]. Se închid, se închid de tot. Pleoapele sunt lipicioase. Împotriveşte-te dacă vrei. Nu îi poţi ţine deschişi. Cu cât încerci mai mult să îi ţii deschişi cu atât mai irezistibilă este forţa care îi trage în jos. Ochii tăi sunt închişi complet, iar corpul tău amorţeşte.

Sugestiile de acest fel continuă 2-3 minute, timp în care participanţii care răspund favorabil acestui gen de abordare au ajuns la o închidere fermă a ochilor. Ocazional, un participant va intra într-o

stare hipnotică profundă, cu ochii larg deschişi. Acest lucru va fi observat pentru că la trecerea mâinilor prin faţa ochilor lui nu va reacţiona în nici un fel. Ochii nu se vor mişca pentru a le fixa, iar individul va reacţiona ca şi cum nu vede pasele terapeutului. O astfel de stare de transă „trează" poate fi deseori foarte profundă. Implică o catalepsie a ochilor, dar cu ei larg deschişi, nu închişi complet. Atunci poate fi utilă pur şi simplu închiderea pleoapelor prin tragerea lor în jos, în timp ce spui : „Uite, acum sunt închişi de tot şi nu trebuie să se deschidă. Acum poţi intra într-o stare foarte, foarte profundă".

Această tehnică este deseori folosită de terapeuţii de scenă. Este tipul de metodă descrisă de Ferenczi (1926) ca „hipnoza-tată", în care reacţiile de transfer afectiv ce implică frica faţă de primele figuri autoritare sunt mobilizate pentru a motiva intrarea în starea de hipnoză. Trebuie să decizi dacă frica ascunsă, care este direcţionată spre terapeut prin această procedură, este compensată de avantajele unei inducţii rapide şi ale receptivităţii imediate a pacientului la sugestii puternice, cum ar putea fi cele necesare pentru contracararea durerii acute.

Metoda de inducere a căderii braţului

Această abordare seamănă întru câtva cu testul de hipnotizabilitate al căderii braţului (vezi figura 5.1). Cu toate acestea, este diferită şi începe cu o variaţiune a fixării ochilor. Terapeutul îi cere participantului să ridice un braţ, astfel încât mâna să fie puţin deasupra capului, şi dă sugestii de genul :

> Uită-te la unul dintre degete, fie arătătorul, fie mijlociul. Poţi continua să te uiţi la el sau, dacă vrei, închide ochii şi vizualizează-l cu ochii minţii. Pe măsură ce îţi fixezi privirea asupra lui, vei vedea că celelalte degete tind să se estompeze şi că întregul tău braţ începe să fie tot mai greu. Cu cât te concentrezi mai mult asupra acelui deget, cu atât braţul îţi devine tot mai greu. Dar nu vei intra într-o stare de relaxare profundă până când braţul nu a ajuns jos de tot. Continuă să te concentrezi pe acel deget în timp ce braţul îţi este tot mai greu, tot mai greu, tot mai greu. [Spui asta când mişcarea în jos devine evidentă.] Observă că pe măsură ce braţul e tot mai greu el coboară încet în jos, în jos, în jos. Dar nu te vei relaxa într-o stare adâncă şi profundă de relaxare până când braţul nu va coborî până jos şi simţi atingerea. Merge în jos, în jos, în jos, mai adânc, mai adânc, mai adânc. [Instrucţiunile hipnotice trebuie potrivite cu mişcările reale ale braţului.]

Sunt câteva aspecte ale acestei inducţii demne să fie remarcate în mod special. Mai întâi, braţul este poziţionat în aşa fel încât oboseala îl va face să coboare în cele din urmă. Mişcarea descendentă este legată de mersul „în jos", într-o „stare profundă de relaxare". Cu cât persoana încearcă mai mult să îl menţină sus, cu atât este mai angajată în propunerea pe care o implică afirmaţia că „nu vei intra într-o stare profundă de relaxare până când braţul nu va coborî până jos". Asta înseamnă, desigur, că „vei intra în această stare când braţul va coborî până jos".

Destul de des pleoapele coboară şi ele pe măsură ce braţul face la fel şi ochii se închid când braţul a coborât complet. Observă că participanţilor li se oferă mai multe opţiuni, ei simţind că îşi exercită voinţa conştient. Totuşi, nici una dintre aceste variante nu implică libertatea de a evita intrarea într-o stare profundă de relaxare. Participanţii pot alege degetul pe care să-l fixeze cu privirea. Pot decide dacă să se uite la el sau să-l vizualizeze cu ochii minţii, iar terapeutul le oferă opţiunea de a nu intra într-o stare profundă prin simpla împiedicare a mâinii să coboare. Dar fiziologia normală lucrează împotriva voinţei conştiente. Mai devreme sau mai târziu, oboseala şi senzaţia de disconfort vor fi atât de mari, încât braţul trebuie să coboare. Energiile de rezistenţă ale participantului au fost folosite mai degrabă pentru bătălia interioară decât pentru a lupta cu terapeutul.

Aceasta este o tehnică de presiune. Transa poate fi evitată doar printr-un refuz complet din partea participantului de a fi atras în dilema cu care se confruntă. Uneori, indivizii îşi vor coborî pur şi simplu braţul rapid şi de bună voie, apoi vor deschide ochii şi vor refuza să „joace jocul". Aceasta este o oportunitate de a le reaminti că, procedând astfel, îşi dovedesc controlul suprem, dar că atunci când experimentează hipnoza reală, ideea nu este de a „o face să se întâmple", ci mai curând de a „nu o împiedica să se petreacă" : „Te rog, gândeşte-te la ce ţi-am sugerat şi să vedem cum putem face hipnoza să lucreze cât mai mult în favoarea ta, trebuie să aflu ce funcţionează cel mai bine şi pot face asta văzând care abordări sunt acceptabile pentru tine (sau acceptabile pentru subconştientul tău) şi funcţionează cel mai bine în cazul tău".

Nici o tehnică nu îi va hipnotiza pe toţi, dar aceasta este deseori eficientă, combinând principiile fixării ochilor, oboselii fiziologice şi ale alegerii aparente, restricţionării percepţiei, efectului invers şi repetiţiei.



(a)



(b)

Figura 5.1. Inducția căderii brațului. (a) Participanta este în poziția inițială a inducției căderii brațului. (b) Brațul participantei începe să coboare.



(c)



(d)

(c) Brațul participantei continuă să coboare. (d) Pe măsură ce participanta intră sub hipnoză, mâna terapeutului care coboară reduce lumina către pleoapele ei închise, dând mesajul „în jos, adânc".

Tehnica ridicării brațului

În această abordare terapeutul sugerează mişcarea inversă, aşa încât nu foloseşte factorul oboselii fizice. De fapt, operează în direcţia opusă şi trebuie să depăşească această oboseală. Totuşi, iniţiază concentrarea focală intensă cu o diminuare corespunzătoare a conştienţei periferice. Atenţia, percepţia direcţionată şi micile mişcări sunt apoi extinse spre cele mai mari. La fiecare etapă a inducţiei există mişcări evidente care indică nivelul de implicare hipnotică, astfel încât terapeutul primeşte permanent semnale din partea pacientului. Asta face posibilă continuarea fiecărui pas cu alte repetiţii, până când acesta este executat cu succes, înainte de a se trece la următoarea etapă (vezi figura 5.2).

Ca să putem analiza fiecare pas şi principiile implicate, am numerotat următoarele verbalizări (numerele nu fac parte din verbalizare) :

> [1] Pune mâna dreaptă [sau stângă, dacă aceasta este mâna dominantă] pe masă. [2] Te rog concentrează-ţi toată atenţia asupra acelei mâini. Te poţi uita la ea şi vedea dacă poţi fi conştient de toate senzaţiile mâinii. [3] De exemplu, eşti conştient că stă pe masă. E o greutate acolo. Eşti conştient de textura mesei ; poţi simţi în profunzime poziţia pe care fiecare deget o are faţă de celălalt. [4] Observă temperatura acelei mâini şi, pe măsură ce te uiţi la ea, cu concentrarea aceasta vei începe să observi că unul dintre degetele mâinii îl simţi diferit de celelalte. [5] Acum, poate fi degetul mare sau cel mic, sau poate arătătorul, sau mijlociul, sau inelarul, dar pe unul dintre ele îl simţi diferit de celelalte. [6] Şi acea senzaţie poate fi că este puţin mai cald sau că este puţin mai rece. Poate fi că te înţeapă puţin sau că este amorţit. Poate părea mai uşor sau mai greu, [7] dar, dacă te concentrezi bine, vei putea şti în care deget ai senzaţia diferită de celelalte [8] şi, pe măsură ce eşti atent, acel deget anume se va ridica puţin de pe masă, deasupra celorlalte. Acum concentrează-te pe asta şi vei observa că unul dintre degete va tinde să se ridice puţin de pe masă. [9] Este acel deget [mic ?]. [10] Acum, te rog concentrează-te şi vei descoperi că acel deget începe să amorţească oarecum ; iese în afară ; e aproape ca şi cum ar fi făcut din lemn, [11] iar acea senzaţie de lemnos va începe să se extindă la celelalte degete din jurul lui şi ele vor începe la rândul lor să se ridice şi să se îndrepte. Şi vei descoperi că următorul deget se ridică. Şi vei descoperi că aceeaşi senzaţie de ridicare apare la degetul [mare], este un fel de înţepeneală, şi el se îndreaptă. E o senzaţie de uşurare, o senzaţie de lemnos, care trece apoi la degetul [mic], acela devine şi el uşor şi pare să plutească, iar apoi senzaţia se răspândeşte treptat în mână.

[12] Şi mâna începe să pară că e făcută din lemn sau din plută şi, asemenea plutei, vrea într-un fel să plutească, de parcă ar fi în apă, şi vrea să iasă la suprafață. [13] Sau poate că îți poți imagina că există un balon legat de încheietură şi această mână tot vrea să plutească în sus [14] în direcția feței tale şi ajunge tot mai sus, şi mai sus, şi mai sus. [15] Şi ai o senzație de somnolență pe măsură ce ajunge mai aproape de față. [16] Este la o distanță de vreo 30 cm, apoi este la vreo 28 cm, [17] şi cu cât mâna ajunge mai sus, cu atât eşti mai somnoros [18] şi începi să te gândeşti că atunci când mâna atinge fața vei intra într-o stare adâncă, profundă de relaxare. [19] Acum se află la doar 12 cm distanță. Şi acum este la 10 cm. Vine tot mai aproape şi mai aproape. O va atinge curând. 7,5 cm distanță. [20] Şi când o va atinge, vei intra într-o stare foarte profundă. [21] Aproape atinge, aproape atinge, aproape atinge. La 2,5 cm distanță. Vine tot mai aproape şi mai aproape. [22] Atinge, atinge. [23] Şi simți doar o senzație de relaxare, [24] iar pe măsură ce mâna ta coboară, cobori într-o stare adâncă, adâncă, adâncă de relaxare. Şi simți că aluneci într-o stare profundă, confortabilă, relaxată.

Să trecem din nou în revistă această inducție, indicând scopul şi principiul implicate în fiecare sugestie sau set de sugestii :

1. „Pune mâna ta dreaptă pe masă." Este o instrucțiune specifică, directă şi incontestabilă.
2. „Te rog concentrează-ți toată atenția asupra acelei mâini. Te poți uita la ea şi vedea dacă poți fi conştient de toate senzațiile mâinii." Asta implică atenție direcționată şi concentrare.
3. „De exemplu, eşti conştient că stă pe masă. E o greutate acolo. Eşti conştient de textura mesei ; poți simți în profunzime poziția pe care fiecare deget o are față de celălalt." Asta implică percepții foarte specifice, una după alta ; nu este timp pentru a gândi şi pentru a o critica pe fiecare.
4. „Observă temperatura acelei mâini şi, pe măsură ce te uiți la ea, cu concentrarea aceasta vei începe să observi că unul dintre degetele mâinii îl simți diferit de celelalte." Asta implică focalizarea asupra unei părți a corpului, legând atenția de prima percepere a unei senzații neobişnuite şi deci sugerate ; nu se specifică natura acelei senzații „diferite".
5. „Acum, poate fi degetul mare sau cel mic, sau poate arătătorul, sau mijlociul, sau inelarul, dar pe unul dintre ele îl simți diferit de celelalte." Participantului i se oferă posibilitatea de a alege între degete, dar nu are opțiunea de a nu avea această senzație „diferită".



(a)



(b)



(c)

Figura 5.2. Inducția ridicării brațului. (a) Participanta este în poziția inițială a inducției ridicării brațului. (b) Brațul participantei începe să se ridice în timp ce vârfurile degetelor rămân în contact. (c) Brațul participantei se ridică evident.



(d)



(e)

(d) Braţul participantei se ridică tot mai mult. (e) Mâna participantei îi atinge faţa şi ea intră într-o stare de hipnoză. Terapeutul este gata să îi ducă mâna în jos pentru a da un mesaj nonverbal de aprofundare.

6. „Şi acea senzaţie poate fi că este puţin mai cald sau că este puţin mai rece. Poate fi că te înţeapă puţin sau că este amorţit. Poate părea mai uşor sau mai greu." Din nou, participantul poate alege senzaţia, dar nu poate alege să nu aibă o senzaţie neobişnuită. Participantul simte că procedura este extrem de permisivă, ceea ce şi este, în privinţa felului în care intră sub hipnoză.
7. „...dar, dacă te concentrezi bine, vei putea şti în care deget ai senzaţia diferită de celelalte..." Senzaţia diferită este prezentată

ca un fapt. Este responsabilitatea participantului să o perceapă demonstrându-şi abilitatea de a se concentra.

8. „...şi, pe măsură ce eşti atent, acel deget anume se va ridica puţin de pe masă, deasupra celorlalte. Acum concentrează-te pe asta şi vei observa că unul dintre degete va tinde să se ridice puţin de pe masă." Dacă nu se ridică, este pentru că terapeutul nu a fost îndeajuns de atent. Mai întâi este sugerată o tendinţă de a se ridica, nu faptul că se ridică.
9. „Este acel deget [mic?]." Mişcarea uşoară este sesizată de terapeut şi verificată, crescându-i astfel credibilitatea.
10. „Acum, te rog concentrează-te şi vei descoperi că acel deget începe să amorţească oarecum ; iese în afară ; e aproape ca şi cum ar fi făcut din lemn..." Terapeutul dă sugestia pornind de la mişcare spre percepţie, de această dată e vorba de anestezie şi rigiditate şi face comparaţie cu lipsa de sensibilitate a lemnului.
11. „...iar acea senzaţie de lemnos va începe să se extindă la celelalte degete din jurul lui şi ele vor începe la rândul lor să se ridice şi să se îndrepte. Şi vei descoperi că următorul deget se ridică. Şi vei descoperi că aceeaşi senzaţie de ridicare apare la degetul [mare], este un fel de înţepeneală, şi el se îndreaptă. E o senzaţie de uşurare, o senzaţie de lemnos, care trece apoi la degetul [mic], acela devine şi el uşor şi pare să plutească, iar apoi senzaţia se răspândeşte treptat în mână." Senzaţiile de parestezie, înţepeneala, rigiditatea şi mişcarea de ridicare se răspândesc de la un deget, treptat, prin toate degetele şi prin întreaga mână. O tot mai mare parte a corpului participantului devine implicată hipnotic. Folosind o expresie de tipul „vei descoperi", terapeutul îl pune pe participant în postura unui observator pasiv al comportamentului degetului. Nu el o face ; este perceput ca un „obiect", nu parte a unei acţiuni voluntare a sinelui. „Se" întâmplă ; participantul nu o face. Este stabilită o disociere între mişcările mâinii participantului şi percepţia propriilor procese voluntare.
12. „Şi mâna începe să pară că e făcută din lemn sau din plută şi, asemenea plutei, vrea într-un fel să plutească, de parcă ar fi în apă şi vrea să iasă la suprafaţă." Senzaţia de lemnos se răspândeşte în întreaga mână şi apoi terapeutul face comparaţia de la lemn la plută, astfel încât să fie facilitată folosirea următoarelor sugestii privind plutirea în apă.

13. „Sau poate că îți poți imagina că există un balon legat de încheietură și această mână tot vrea să plutească în sus..." Este o altă imagine pe care terapeutul o poate sugera pentru a facilita tendința de plutire în sus. Observă „încheietură", nu „încheietura ta" – tratarea ei ca un obiect, nu o parte a sinelui. Observă și că „tot vrea" să plutească ; astfel, independent de sine, „ea" alege mișcarea.
14. „...în direcția feței tale și ajunge tot mai sus, și mai sus, și mai sus." Direcția specifică a mișcării este sugerată cu repetare.
15. „Și ai o senzație de somnolență pe măsură ce ajunge mai aproape de față." Implicarea într-un „somn" hipnotic este legată de mișcarea ascendentă spre „față", nu spre „fața ta".
16. „Este la o distanță de vreo 30 cm, apoi este la vreo 28 cm..." Terapeutul sugerează mișcarea de apropiere a mâinii de față, dar rămâne aproape de poziția reală a mâinii. Nu conduce prea mult.
17. „...și cu cât mâna ajunge mai sus, cu atât ești mai somnoros..." Senzațiile sporite de „somn" hipnotic sunt legate direct de mișcarea mâinii.
18. „...și începi să te gândești că atunci când mâna atinge fața vei intra într-o stare adâncă, profundă de relaxare." Participanții anticipează că vor intra sub hipnoză profundă în momentul atingerii.
19. „Acum se află la doar 12 cm distanță. Și acum este la 10 cm. Vine tot mai aproape și mai aproape. O va atinge curând. 7,5 cm distanță." Terapeutul continuă sugestiile privind mișcarea și anticiparea atingerii.
20. „Și când o va atinge, vei intra într-o stare foarte profundă." Terapeutul oferă repetiția atingerii anticipate și o leagă, din nou, de intrarea într-o stare foarte profundă.
21. „Aproape atinge, aproape atinge, aproape atinge. La 2,5 cm distanță. Vine tot mai aproape și mai aproape." Terapeutul repetă și grăbește mișcarea.
22. „Atinge, atinge." Terapeutul confirmă în momentul atingerii.
23. „Și simți doar o senzație de relaxare..." Terapeutul face din acest moment o victorie personală pentru participant, care este răsplătit cu o întărire pozitivă plăcută.
24. „...iar pe măsură ce mâna ta coboară, cobori într-o stare adâncă, adâncă, adâncă de relaxare. Și simți că aluneci într-o stare profundă, confortabilă, relaxată." Participantul a obținut atingerea ; acum poate avea loc consecința intrării într-o stare profundă de relaxare.

Terapeutul oferă repetiţia cu fermitate. Participantul verifică asta prin propriile senzaţii de „confort". Observă repetiţia cuvântului *a coborî* cu mai multe înţelesuri.

O variaţie a tehnicii ridicării braţului, preferată de primul autor, nu implică o masă ca punct iniţial de sprijin pentru mâna dominantă a participantului. În schimb, începe cu mâna aflată pe piciorul participantului. Asta îi permite doctorului să-i focalizeze atenţia mai degrabă diferit. După ce atragi atenţia asupra mişcărilor mărunte ale degetelor, la fel ca în protocolul de mai înainte, poţi continua cu „[1] Observă căldura generată între mână şi picior", căldura şi presiunea mâinii pe picior pot fi mai uşor „reformulate" ca „[2] un soi de tensiune specială se va forma între mână şi picior. Nu ştiu când şi nici tu nu ştii când se va întâmpla, dar va fi un fel de tensiune... poate că e deja acolo, nu ştiu, şi poate că nu ştii, dar tensiunea va creşte, tensiunea va creşte şi va creşte, [3] acum, pe măsură ce tensiunea creşte între mâna şi piciorul tău, va împinge mâna de pe picior în sus, mâna şi braţul devenind tot mai uşoare şi mai uşoare". Odată ce există o cât de măruntă confirmare că mâna se ridică, de obicei la început degetele rămân în contact cu piciorul, pe măsură ce mâna se ridică începând cu mijlocul dosului palmei, spui : „[4] Da, uite cum se ridică, se ridică, se înalţă. [5] Acum, nu ştiu exact unde merge mâna, dar se ridică, se mişcă într-un fel spre faţa ta" ; dacă mâna se ridică 30 cm sau mai mult, urmăreşte-o şi insistă : „[6a] Continuă să se ridice, să se ridice spre faţa ta, am urmărit-o tot timpul mişcându-se de la sine, e fascinant să vezi cum mâna ta se mişcă spre faţa ta şi, când o va atinge, vei coborî într-o stare profundă de hipnoză, atât de profundă pe cât ţi-ai dorit-o, pentru a face hipnoza să lucreze cât mai bine în favoarea ta". Dacă după 20 de minute sau mai mult mâna abia dacă s-a ridicat de pe picior, continuă cu : „[6b] Uimitor, nu-i aşa, cum mâna s-a mişcat în sus, aşa, de una singură, s-a ridicat de pe piciorul tău – şi acum este în sfârşit în regulă să te laşi într-o stare de hipnoză atât de profundă pe cât ţi-ai dorit-o, dar încearcă să nu intri într-o stare de hipnoză aşa profundă până când mâna nu cade la loc pe piciorul tău".

Ţine minte, participantul nu are nici o idee despre cât de sus i s-a ridicat mâna. Chiar şi o uşoară ridicare fără efort ca premisă obligatorie pentru 6b poate fi suficientă pentru a-l ajuta pe participant să ajungă la o profunzime substanţială a hipnozei. De asemenea, aminteşte-ţi

să fii răbdător şi pe deplin încrezător în timpul inducţiei ; nu există nici o limită de timp şi nici un motiv să te grăbeşti. Eu (A.F.B.) am petrecut odată aproape o oră pentru a obţine o ridicare a mâinii mai degrabă minoră de la un pacient sceptic şi neîncrezător care mai fusese la alţi câţiva terapeuţi ce „folosiseră tehnici de sugestie". O uşoară înălţare lipsită de efort a mâinii a fost îndeajuns ca să-i permită pacientului să ajungă la o hipnoză suficient de profundă pentru domolirea durerii. Drept consecinţă, folosirea medicamentelor a încetat complet în câteva săptămâni. Pacientul a fost mândru că avea o nouă abilitate şi că depăşise peste un an de folosire a analgezicelor dătătoare de dependenţă. De asemenea, pacientul s-a întors la un program de lucru normal, spre satisfacţia şi uimirea medicului curant.

Pentru a trezi persoanele hipnotizate, terapeutul poate da o sugestie de genul : „Pe măsură ce număr de la 1 la 10 vei ieşi treptat de sub hipnoză ; când ajung la 5, deschide ochii [presupunând că închiderea ochilor a făcut parte din inducţie], dar nu vei ieşi complet de sub hipnoză – complet alert şi simţindu-te bine când ajung la 1. Când ajung la 1 vei fi complet ieşit de sub hipnoză, simţindu-te foarte bine". Odată ce terapeutul ajunge la 1, îl întreabă pe participant cum se simte. Dacă participantul zice că se simte ameţit, spui : „Asta se mai întâmplă uneori când o persoană este hipnotizată destul de profund, aşa încât să revenim la o stare uşoară pe măsură ce număr de la 1 la 3 : 1, 2, 3. [De obicei ochii participantului se vor închide, dar nu este necesar.] De data aceasta, pe măsură ce număr, vei ieşi de sub hipnoză, vei fi complet treaz, alert, simţindu-te perfect normal. [Numără ferm, cu o voce poruncitoare.] 3 ! 2 ! 1 ! COMPLET IEŞIT DE SUB HIPNOZĂ ACUM – BINE, e în regulă acum". În acest moment, participanţii pot fi chestionaţi în legătură cu sentimente, comportamente şi senzaţii legate de cât de profund hipnotizaţi s-au simţit şi aşa mai departe.

Mişcare repetitivă – mâna care se leagănă

O tehnică de inducţie mult mai simplă, care implică mişcarea mâinii, este aceea a mişcării repetitive, numită uneori în glumă „legănarea mâinii". Combină fixarea ochilor şi concentrarea asupra unui obiect în mişcare, repetiţia şi schimbarea graduală a mişcării de la subiect la obiect şi legarea acestei acţiuni de închiderea ochilor. Sunt necesare

mai puţine abilităţi din partea terapeutului decât în cazul abordării ridicării braţului. Este una dintre cele mai bune tehnici care pot fi folosite de un începător.

Meares (1961) a descris această abordare foarte detaliat şi a declarat că este deosebit de eficientă în lucrul cu indivizii rezistenţi care sunt incapabili sau nu doresc să se relaxeze complet. Instrucţiunile care trebuie date pacientului sunt următoarele:

Mişcare repetitivă. „Pune cotul pe masă cu antebraţul în sus, aşa. Acum vreau să te uiţi fix la mâna asta în timp ce eu o mişc în sus şi în jos. Sus, jos, sus, jos, sus, jos. Pe măsură ce te uiţi fix la mână, vei observa o tendinţă a ochilor tăi de a deveni din ce în ce mai grei, ca şi cum ar vrea să se închidă. Continuă să te uiţi fix în timp ce mâna continuă să meargă în sus, în jos, în sus, în jos, în sus, în jos!" Terapeutul aşază cotul participantului pe masă, punându-şi propriile degete pe dosul palmei acestuia şi degetul mare în palma lui, chiar deasupra încheieturii.

2. „Vei observa şi că mişcarea acestei mâini devine din ce în ce mai automată. Este ca şi cum mâna vrea să se mişte de la sine în sus şi în jos fără ca tu să faci nimic în privinţa asta. Sus, jos, sus, jos, sus, jos. Ochii îţi devin atât de grei, încât se închid treptat. Nu par să poată fi ţinuţi deschişi." Mâna participantului este legănată în sus şi în jos în acelaşi timp cu sugestia verbală „sus, jos". Mâna este disociată treptat, fiind numită „mâna", nu mâna „ta". Mâna devine o „ea".
3. „Te relaxezi profund, complet, în timp ce mâna se mişcă tot mai mult pe cont propriu. Sus, jos, sus, jos, sus, jos. Acum mişcarea mâinii este atât de automată, încât continuă să meargă sus, jos, sus, jos, sus, jos de una singură şi nu mai are nevoie de ajutor de la mine pentru a-şi continua mişcarea. Sus, jos, sus, jos, sus, jos." Terapeutul slăbeşte acum treptat strânsoarea mâinii participantului până când doar o atinge uşor cu degetul mare şi cu vârfurile degetelor. De îndată ce terapeutul este convins că mişcarea mâinii participantului va continua automat, îşi îndepărtează complet propria mână.
4. „Acum mişcarea este atât de automată, încât mâna continuă să se deplaseze de una singură, fără nici un control din partea ta. Sus, jos, sus, jos, sus, jos. Pare să fie aproape în afara ta, cu o voinţă proprie de a se mişca în sus şi în jos, independent de tine. Îşi

controlează propriile acţiuni. Tu nu le controlezi." Terapeutul continuă să întărească mişcarea cu „sus, jos" atât cât este necesar pentru a asigura acţiunea automată.

5. „Pe măsură ce se mişcă automat în sus şi în jos, pare să-ţi spună «adânc, relaxează-te, adânc, relaxează-te, adânc, relaxează-te». Aluneci tot mai mult într-o stare de relaxare adâncă, profundă. Ochii îţi sunt închişi. Capul îţi este greu. Se apleacă în faţă şi aluneci mai adânc, mai adânc, mai adânc." Mişcarea „sus, jos" este acum legată de sugestia „adânc, relaxează-te", păstrând aceeaşi sincronizare şi coordonare.
6. „Acum voi lua mâna şi îi voi opri mişcarea. Pe măsură ce voi coborî mâna, vei coborî odată cu ea, tot mai adânc." Acum terapeutul opreşte mişcarea şi coboară mâna pe masă, accentuând cele două „coborâri".
7. „Adânc, adânc, adânc, adânc, adânc." Terapeutul spune „adânc" puternic şi rapid pe măsură ce mâna coboară. Pentru accentuare, terapeutul apasă uşor umărul participantului.

Rezumat

Metodele de inducţie pe care le-am descris în acest capitol sunt, probabil, cel mai des folosite. Sunt validate cum se cuvine şi aduc un procent ridicat de reuşită atunci când sunt folosite abil pe indivizi hipnotizabili. Sunt folosite multe din principiile hipnozei, deşi nici una dintre tehnicile descrise mai sus nu cuprinde toate aspectele. Prestigiul terapeutului şi încrederea acestuia sunt esenţiale pentru inducţii reuşite care produc adevărate răspunsuri la transa hipnotică ce merg dincolo de cele care pot fi obţinute doar prin sugestie sau relaxare.

La un moment dat, când hipnotizam (J.G.W.) pentru prima oară, un grup de studenţi voluntari aştepta (în biroul unui coleg) să le fie testată hipnotizabilitatea. Plini de curiozitate, l-au întrebat : „Dr. Watkins chiar poate să ne hipnotizeze ? ". Asociatul meu le-a răspuns : „Sigur că da, l-am văzut hipnotizând zeci de oameni. Veţi fi în transă profundă cât ai clipi". Era o afirmaţie cât se poate de incorectă. Totuşi, efectul influenţei sociale a „recomandării" prietenului meu a fost acela că aproape toţi voluntarii au fost rapid şi uşor hipnotizabili. Nu e de mirare că hipnoterapeuţii profesionişti îşi pun la vedere

certificate de calificare şi că terapeuţii de scenă îşi arogă titluri misterioase, care inspiră respectul. Da, hipnoza este o stare de conştienţă modificată şi o experienţă intensă a relaţiei interpersonale.

Nu e nimic în neregulă cu prestigiul profesional, atât timp cât este folosit în sprijinul nevoilor pacientului, nu pentru promovarea personală sau pentru satisfacerea nevoii de putere a terapeutului.

CAPITOLUL 6

Tehnici avansate de inducție hipnotică

> Siddhartha i-a spus celui mai în vârstă șaman despre decizia lui de a-l părăsi. I-a vorbit bătrânului cu politețea și modestia potrivite tinerilor și învățăceilor. Dar bătrânul era furios că ambii tineri voiau să-l părăsească și a ridicat glasul certându-i amarnic.
>
> Govinda și-a pierdut cumpătul, dar Siddhartha și-a apropiat buzele de urechea lui Govinda și i-a șoptit: „Acum îi voi arăta bătrânului că am învățat ceva de la el".
>
> S-a așezat lângă șaman, cu mintea concentrată; s-a uitat în ochii bătrânului și l-a țintuit cu privirea, l-a hipnotizat, l-a amuțit, i-a cucerit voința, i-a poruncit fără vorbe să facă așa cum dorea el. Bătrânul a tăcut, ochii îi erau pironiți, voința schilodită; brațele-i atârnau, era lipsit de putere... Gândurile lui Siddhartha le-au cucerit pe cele ale șamanului; trebuia să facă ce îi porunceau. Și așa bătrânul a făcut câteva plecăciuni, și-a dat binecuvântarea și le-a urat drum bun. Tânărul i-a mulțumit pentru urări, a făcut la rândul lui o plecăciune și s-a îndepărtat.
>
> Pe drum, Govinda a spus: „Siddhartha, ai învățat mai multe de la șaman decât credeam. Este greu, foarte greu să hipnotizezi un bătrân șaman" (Hesse, 1951, pp. 23-24).

În ciuda numeroaselor studii privind trăsătura hipnotizabilității, nu pare să existe aproape nici o dovadă empirică a comparației directe dintre două proceduri de inducție efectuate asupra aceleiași populații sau a unora asemănătoare. Cercetările timpurii publicate de E. Hilgard (1965) sugerau că hipnotizabilitatea este o trăsătură fixă proprie participantului. În consecință, sunt de așteptat puține diferențe între diverși terapeuți și diverse tehnici de inducție. Dacă o persoană e hipnotizabilă, aproape orice tehnică aplicată de terapeut va avea succes.

Cu toate acestea, majoritatea medicilor sunt convinşi că eficienţa diferă foarte mult de la o tehnică la alta şi în funcţie de abilitatea cu care ele sunt aplicate de diferiţi practicieni. Puţine studii s-au concentrat asupra acestui aspect, poate pentru că marea lor majoritate vin din partea universitarilor, care, de cele mai multe ori, au foarte puţină sau nici un pic de experienţă clinică în lucrul permanent cu cazurile dificile sau pur şi simplu pentru că majoritatea acelora care colectează date în mediile universitare sunt absolvenţi care învaţă despre hipnoză. Problema este ignorată de cei câţiva medici care îşi fac (sau au) timp să facă şi să publice o cercetare.

De obicei, doctorii nu sunt îndeajuns de bine plasaţi pentru a se ocupa de studii experimentale comparative, iar interesul în domeniu le este domolit de percepţia, destul de întemeiată, că „este evident că experienţa şi o inducţie corectă contează foarte mult în abilitatea de a produce o stare de transă suficientă pentru [efectele] schimbării terapeutice" (Fromm, comunicare personală cu A. Barabasz, 16 august 2002). Ipoteza hipnotizabilităţii ca stare constantă neagă însemnătatea aspectelor psihodinamice ale relaţiei hipnotice.

Sunt necesare mult mai multe cercetări în această zonă, dar investigaţiile experimentale controlate s-au ocupat de problema inducţiei-experiment, obţinând descoperiri consistente. La Medical Harvard School şi la Massachusetts General Hospital, Barabasz, Baer, Sheehan şi Barabasz (1986) au obţinut date din urmărirea a 307 pacienţi care au urmat un tratament de două şedinţe pentru renunţarea la fumat. Internii de la psihologie clinică au avut rezultatele cel mai puţin eficiente (4-13% abstinenţi după 4 luni), în timp ce medicii cu experienţă au obţinut rate de abstinenţă mult mai bune (28-47% după 10 sau 19 luni). Mai recent, A. Barabasz *et al.* (2003) au testat experienţa şi inducţiile personalizate *versus* cele standardizate într-un studiu controlat al legăturii dintre regresia în timp şi punctul focal. Cercetări fără legătură cu hipnoza au stabilită că, spre deosebire de adulţi sau de copiii mai mici, acei copii care au aproximativ cinci ani au abilitatea de a determina dacă o figură abstractă este cu partea corectă în sus sau e răsturnată. Douăzeci de studenţi participanţi care trecuseră testul regresiei din *Scalele Clinice Stanford* şi aveau un punctaj total de 3 până la 5 (maximul fiind 5) puncte au fost consultaţi fie de absolvenţi, fie de medici cu zeci de ani de experienţă clinică în hipnoză. Au fost testate atât o inducţie standardizată, cât şi una adaptată pentru a produce regresia la vârsta de cinci ani.

Analizele au arătat că (a) folosirea inducţiei standardizate nu a reuşit să demonstreze o legătură semnificativă cu punctul focal ca un indicator al regresiei pentru nici unul dintre grupuri, (b) inducţia hipnotică personalizată nu a reuşit să demonstreze o legătură semnificativă cu punctul focal în cazul a 10 participanţi din grupul terapeutului absolvent şi (c) inducţia personalizată administrată de medicii cu experienţă a demonstrat o legătură semnificativă cu punctul focal (regresie) în cazul a 5 din 10 participanţi din acel grup. Aceste descoperiri sugerează tratarea cu precauţie a studiilor care raportează rezultate bazate pe folosirea inducţiilor standardizate administrate de asistenţi de cercetare lipsiţi de experienţă. Experienţa şi inducţiile adaptate la răspunsurile participanţilor au avut o importanţă esenţială în cadrul studiului.

Pe baza acestor descoperiri şi, poate mai important, pe baza faptului că majoritatea practicienilor cred că tehnicile de inducţie sunt o parte importantă a modului lor de operare, descriem în acest capitol câteva în plus, în special unele care diferă de cele discutate până acum, fiind mai degrabă neobişnuite, mai complexe, necesitând mai multe abilităţi sau fiind mai bine adaptate anumitor cazuri specializate sau pacienţi-problemă.

Tehnici avansate de inducţie

Tehnica oscilaţiei posturale

În capitolul 4 am descris un test de hipnotizabilitate numit „al oscilaţiei posturale". Am remarcat că această abordare nu numai că poate servi ca test de hipnotizabilitate, dar poate fi şi extinsă într-o inducţie propriu-zisă. Această procedură are meritul de a fi foarte diferită de inducţiile de tipul fixării ochilor care apar frecvent în filme şi la televizor ca implicând legănarea unui ceas sau a unui alt obiect în faţa ochilor participantului – deseori portretizat ca victimă îndărătnică a vreunui răufăcător. Cei care au văzut astfel de filme pot dezvolta anxietăţi cu privire la fixarea ochilor şi, prin urmare, pot răspunde cu mai puţină teamă la ceva complet diferit, cum ar fi metoda oscilaţiei.

Pentru că inducţia este pur şi simplu o extindere a testului de hipnotizabilitate, nu trebuie să repetăm etapele iniţiale ale procedurii (vezi figura 6.1).



(a)



(b)



(c)



(d)

Figura 6.1. Testul oscilației posturale și tehnica de inducție. (a) Terapeutul îi spune pacientei să dea ochii peste cap. Ea începe să se legene înapoi și înainte, înapoi și înainte. (b) Terapeutul îi spune pacientei să înceapă să plutească înapoi și o asigură că nu o va lăsa să cadă. (c) Participanta este împiedicată să cadă de mâinile terapeutului așezate pe umerii ei. (d) Oscilând mai întâi în față, terapeutul îi spune apoi pacientei că alunecă pe spate într-o uriașă căpiță de fân. Este susținută la jumătatea căderii de mâinile terapeutului așezate în partea de sus a spatelui ei.



(e)

(e) Căzând pe spate, pacienta este așezată încet pe scaun de către terapeut.

Îl îndrumăm pe cititor înapoi la capitolul 4, unde au fost deja prezentate verbalizările pentru a-l aduce pe participant sau pe pacient în punctul unei implicări hipnotice semnificative. Continuând de la acest moment, amplitudinea arcului oscilației este sporită şi sugestiile de oscilație sunt repetate în continuare, astfel încât participantului să i se acorde timpul de a bloca stimulii contrari şi de a se concentra pe implicare hipnotică.

Pentru a induce o transă şi mai profundă, tonul vocii terapeutului este acum mai ferm, iar acesta dă sugestiile de oscilație oarecum mai rapid. „Te legeni înainte, te legeni înapoi, înainte, înapoi", volumul vocii terapeutului este tot mai puternic. În sfârşit, terapeutul încearcă să-i inducă pacientului căderea pe spate într-o transă profundă. El pune mai mult accent pe „înapoi", diminuează accentul pe „înainte" şi schimbă verbul din „plutire" sau „legănare" în „cazi, cazi pe spate, cazi în față, cazi pe spate, cazi în față, cazi pe spate, cazi, cazi, cazi, cazi" destul de rapid şi pe un ton mai ascuțit şi mai emoțional. Dacă a fost indusă o transă profundă, pacientul va creşte amplitudinea oscilației până când nu va mai putea sta drept. Atunci el va cădea pe spate într-o stare de transă profundă, fiind prins de terapeut şi aşezat uşor pe un scaun pregătit.

Dacă pacienţii sunt doar într-o transă uşoară, ei pot începe să cadă pe spate, dar se vor echilibra punând un picior înapoi sau încercând să se legene lateral sau să se stabilizeze voluntar în vreun fel. Asta îi indică terapeutului că nu a fost încă indusă o transă profundă. Terapeutul poate atunci să facă unul din două lucruri: (a) să continue cu repetarea monotonă a lui „cazi în faţă, cazi pe spate" şi aşa mai departe, pentru a induce o mai mare profunzime a transei; sau (b) să îl asigure pe pacient că nu va cădea, punându-i uşor o mână pe omoplat. Asta domoleşte temerile care pot apărea şi pot întrerupe procesul hipnotic. După ce pacienţii realizează că nu li se va permite să cadă şi să se rănească, tendinţa este de a slăbi semnele de anxietate care, poate, au apărut. Atunci, un pacient poate cădea pe braţul terapeutului, în timp ce acesta continuă sugestiile „cazi pe spate, cazi pe spate, cazi într-un somn adânc, cazi într-un somn adânc, somn adânc, somn adânc", şi apoi îl aşază treptat pe pacient într-un fotoliu plasat în spatele pacientului. Acesta poate fi aşezat treptat şi pe o canapea care se află convenabil undeva în apropiere.

Dacă pacienţii sunt aşezaţi pe scaun fie într-o postură complet moleşită, fie într-una cataleptică, înţepenită, terapeutul ar trebui să considere asta o dovadă a faptului că a fost indusă o transă destul de profundă. Totuşi, dacă pacienţii fac un pas înapoi sau îşi pun mâinile pe braţele fotoliului ca şi cum s-ar sprijini pentru a se aşeza, atunci, în cel mai bun caz, a fost indusă o transă uşoară sau hipnoidă. Ori, mai rău, răspund mai degrabă cerinţelor sociale ale situaţiei decât hipnozei.

Câteva reacţii posturale foarte importante din partea terapeutului vor creşte eficacitatea acestei proceduri. Pentru că participantul stă cu ochii închişi, el trebuie să se bazeze în întregime pe simţul chinestezic pentru a verifica oscilaţia înapoi şi înainte. Acest răspuns poate fi amplificat de terapeut dacă acesta ţine o mână în spatele participantului, chiar sub ceafă, şi cealaltă mână pe umărul participantului, în faţă, aproape de omoplat. Mâinile terapeutului se vor afla la o distanţă de aproximativ 45 cm una de alta, lăsându-i participantului loc să se legene înainte şi înapoi între ele, astfel încât, atunci când ajunge în partea din faţă a arcului, omoplatul să atingă uşor mâna terapeutului. Astfel de atingeri la fiecare din extremităţile arcului dau un semnal tactil care validează oscilaţia, pe lângă răspunsul chinestezic. Atunci când participantul este o femeie, este recomandabil ca mâna din faţă să fie aşezată suficient de sus încât să fie atins umărul, şi nu sânul.

După ce corpul participantului a atins fiecare mână, el este împins uşor pentru a sugera oscilaţia în direcţia opusă, dar mâna nu vine în contra mişcărilor trupului şi continuă atingerea. Altfel ar însemna că oscilaţia n-ar fi cauzată de nimic mai mult decât de sugestia nonverbală dată de mâna terapeutului care îl împinge pe participant înainte şi înapoi, nu de potenţialul efect al hipnozei propriu-zise.

Această atingere mai are şi o altă valoare. Terapeutul l-a asigurat deja pe participant că „nu te voi lăsa să cazi". Atingerea, pentru că implică întreaga suprafaţă a palmei pe spate şi pe omoplat, confirmă încă o dată acea asigurare. De fapt, pe măsură ce oscilaţia se amplifică, se va ajunge în punctul în care dacă mâna terapeutului nu l-ar reţine pe participant, acesta ar cădea. Când acest moment se apropie, este înţelept ca terapeutul să-şi întindă mâna din spate astfel încât, atunci când participantul cade, să fie susţinut de braţul terapeutului curbat în jurul întregii părţi de sus a spatelui. De remarcat că pentru a-l împiedica să cadă în faţă nu este necesară întinderea braţului mai mult decât trebuie pentru ca mâna să fie aşezată pe umăr sau în apropierea lui. Dacă ambele mâini ar trebui să-l înconjoare complet, terapeutul ar trebui să stea foarte aproape şi să-l îmbrăţişeze pe om. (Nu e o idee bună, dacă ţii la dreptul de practică!)

Pentru că se presupune că s-a ajuns la punctul final al acestei inducţii când participantul a căzut pe spate (deseori într-o stare cataleptică) într-un fotoliu aşezat în spatele lui, este imperativ ca el să fie aşezat cu blândeţe pe scaun, nu să fie lăsat să cadă pe el, ceea ce l-ar putea zgudui, scoţându-l din starea hipnotică. Persoanei nu trebuie să-i fie frică să-şi dea drumul şi să se cufunde în fotoliu, neavând astfel nici o temere legată de faptul că ar putea fi lăsat să cadă şi să se rănească.

Evident, este important ca, pe măsură ce oscilaţia înapoi creşte în amplitudine, terapeutul să se mişte mai în spate, astfel încât un picior să fie cam la nivelul picioarelor pacientului, iar celălalt cu 60 sau 90 cm mai în spate, poate chiar după picioarele din faţă ale scaunului. Asta face ca terapeutul să îl poată sprijini pe individul care cade pe spate şi, treptat, foarte încet, să-l aşeze uşor pe fotoliu. Uneori, pacienţii vor deveni atât de cataleptici în întregul corp, încât vor cădea pe spate complet rigizi, asemenea unei scânduri, iar şoldurile vor trebui chiar să le fie împinse pentru a se potrivi pe scaun. Dacă pacientul este fie rigid, fie complet moale, terapeutul consideră că, în acest moment, inducţia este gata de a fi încheiată.

Pot fi aplicate tehnici de aprofundare ori poate că participantul este pregătit pentru cercetare sau proceduri terapeutice. Unii participanţi reacţionează la această metodă a oscilaţiei posturale intrând într-o transă profundă ; alţii pot opune rezistenţă sau pot să nu răspundă la procedură.

O variaţiune a tehnicii poate fi folosită în cazul persoanelor rezistente, care manifestă o oscilaţie foarte redusă. Când terapeutul spune „pluteşti înainte, înainte, în faţă" şi aşa mai departe, el se apleacă în direcţia opusă, lăsându-şi greutatea pe piciorul din spatele participantului. Astfel, pe când terapeutul începe sugestiile de oscilaţie înainte, gura lui (astfel şi vocea) se află în mod normal lângă urechea participantului. Dar pe măsură ce persoana se apleacă uşor înainte, terapeutul s-a legănat în sens invers, astfel încât pacientul îi aude vocea dintr-o poziţie aflată la o distanţă de 30 cm sau mai mult în spatele său. Reacţia poate fi sporită şi mai mult de efectul Doppler (observă aparenta schimbare de tonalitate a şuieratului unui tren care trece pe lângă tine) asupra percepţiei undelor sonore dacă terapeutul continuă să vorbească în timp ce se mişcă în spatele pacientului.

Apoi, sugestiile sunt schimbate în „Acum te legeni înapoi, înapoi, pe spate", şi aşa mai departe, iar terapeutul se mişcă, din nou, în direcţia opusă. Pe măsură ce participantul se lasă pe spate, gura terapeutului (astfel şi sursa vocii sale) se află la vreo 30 cm mai în faţă, spre participant. Greutatea terapeutului se lasă acum pe piciorul din faţă. Pentru că oamenii se orientează în spaţiu şi îşi determină direcţia cu ajutorul unghiurilor sub care sunetul intră în cele două urechi, iluzia participantului de oscilaţie înainte şi înapoi creşte şi mai mult. De fapt, uneori, o persoană nereceptivă care mai degrabă stă pe loc şi nu se leagănă va avea senzaţia unui arc larg de balans din pricina schimbării poziţiei vocii terapeutului. Terapeutul ar trebui să se folosească de efectul Doppler pentru a crea mai departe iluzia unei oscilaţii mult mai ample. Procedura serveşte deseori pentru a-l ajuta pe participant să aibă o receptivitate hipnotică mai mare.

Evident, procedura oscilaţiei posturale este contraindicată pacienţilor slăbiţi sau imobilizaţi la pat, care suferă de dureri când stau în picioare sau care sunt mult mai mari decât terapeutul. O persoană grea este foarte dificil de controlat când cade pe spate, în special de către un terapeut mic de statură. Femeile care poartă tocuri înalte ar trebui rugate să-şi scoată pantofii. În cartea noastră *Psychoanalytic*

Techniques (în curs de apariţie) explicăm procesul psihanalitic subsidiar care poate fi iniţiat prin această abordare.

O inducţie rapidă

Deşi această tehnică nu este potrivită pentru un mediu clinic, ea poate fi folosită pentru a demonstra în faţa unor studenţi că e posibil ca starea de transă să fie deseori iniţiată la o persoană hipnotizabilă într-un timp foarte scurt. Durata procesului de inducţie nu este neapărat legată de profunzimea implicării. Abilitatea indivizilor de a intra rapid în transă nu indică profunzimea hipnotică la care sunt capabili să ajungă.

Terapeutul îi cere participantului să stea în picioare. Pentru siguranţă şi pentru a stabili un cadru, terapeutul pune doi asistenţi să stea de o parte şi de alta a participantului pentru a-l prinde când cade. Această metodă nu ar trebui încercată decât dacă terapeutul este sigur că va reuşi, având ca indicator puternice răspunsuri pozitive la testele anterioare de hipnotizabilitate. Cu o voce fermă, încrezătoare, terapeutul îl instruieşte pe participant după cum urmează :

> Voi spune 1 şi vei rămâne complet treaz şi liber de orice transă hipnotică. Apoi voi spune 2 şi vei continua să rămâi treaz. Când spun 3, vei rămâne încă treaz, dar în momentul următor, când bat din palme, vei cădea instantaneu, într-o fracţiune de secundă, într-o stare hipnotică profundă. Asistenţii mei te vor prinde când vei cădea.

Terapeutul spune 1 şi apoi îl întreabă pe participant : „Eşti treaz ? ”. Replica afirmativă este deseori însoţită de un zâmbet. Se rosteşte cifra 2 şi apoi 3 ; după fiecare este pusă aceeaşi întrebare. Apoi terapeutul bate din palme şi cel care răspunde bine de obicei se prăbuşeşte imediat. Ca o metodă de precauţie suplimentară, un scaun ar trebui aşezat în spatele persoanei care stă în picioare, astfel încât asistenţii să-l poată aşeza uşor pe cel prăbuşit şi profund hipnotizat.

Rehipnotizare rapidă

Dacă participantul a mai fost deja hipnotizat măcar o dată de terapeut şi şi-a demonstrat clar capacitatea de a intra într-o stare de transă profundă, ar putea să nu mai fie necesară o procedură lungă de inducţie. Acest lucru este valabil în special dacă pacienţii au fost scoşi de sub hipnoză pentru a fi chestionaţi în legătură cu reacţiile pe care le-au avut când se aflau în acea stare şi dacă perioada de interviu conştient a fost scurtă (5 minute sau mai puţin). Rehipnotizarea rapidă poate fi obţinută în felul următor (vezi figura 6.2) :

> Întinde mâna în afară. Concentrează-ţi privirea pe mână în timp ce eu te apuc de încheietură. Îţi voi coborî braţul şi pe măsură ce fac asta te vei întoarce la o stare de calm ca aceea din care tocmai ai ieşit.

Terapeutul apucă încheietura participantului şi coboară braţul treptat, până când este complet lăsat în jos, de obicei în poală sau pe picior. În timp ce face asta, terapeutul spune cu voce puternică, poruncitoare : „Aşa. Jos, jos, jos. Adânc, adânc, adânc" şi aşa mai departe. Dacă individul este puternic hipnotizabil, a fost hipnotizat înainte de acelaşi terapeut şi a fost scos recent de sub hipnoză, de obicei alunecă rapid la loc. Asta se datorează unei stări numite de obicei „aura", care probabil este simplul fapt că, atunci când a fost scos prima dată de sub hipnoză, rămăşiţele stării de transă au rămas. De fapt, pot trece 5 minute sau mai mult până când un pacient iese complet de sub hipnoză şi deci are nevoie de o inducţie mai îndelungată pentru a reintra în transă.

Tehnica monedei

Aceasta este o altă abordare directă şi destul de autoritară, dar rapidă. Forme variate sunt susţinute de diferiţi autori. Crasilneck şi Hall (1985) au sugerat că moneda ar trebui aşezată în palma participantului (vezi figura 6.3).

Pe măsură ce terapeutul dă sugestii astfel încât mâna participantului să se întoarcă încet, vine un moment când moneda cade. Participantului i s-a spus că atunci când va auzi clinchetul monedei care loveşte podeaua, ochii (observă folosirea cuvântului *ochii* pentru a-i disocia de persoană şi a sugera că aceştia acţionează pe cont propriu) se vor închide şi el va fi profund relaxat.



(a)



(b)



(c)

Figura 6.2. Rehipnotizarea rapidă. (a) Terapeutul apucă încheietura dreaptă a pacientei şi îi spune ce se va întâmpla pe măsură ce braţul este coborât. (b) Terapeutul coboară braţul pacientei în timp ce spune „Lasă-te să cazi adânc în hipnoză". (c) Recunoscând semnele comportamentale ale pacientei care intră în starea de hipnoză, terapeutul adânceşte şi mai mult starea, nonverbal, trecându-şi mâna prin faţa ei, blocând treptat lumina spre pleoapele ei deja închise.



(a)



(b)

Figura 6.3. Tehnica monedei. (a) Pacienta se uită fix la moneda care i-a fost pusă în palmă. (b) Palma pacientei se înclină treptat până când moneda cade. Pacienta intră într-o stare hipnotică.

Kroger (1977) este mai detaliat în instrucţiunile sale şi începe inducţia cu participantul având ochii închişi. În această abordare el este instruit să strângă bine moneda în pumn. Terapeutul dă apoi sugestii pentru ca participantul să relaxeze mâinile, uneori cu o numărătoare pentru fiecare deget, pumnii nemaifiind astfel strânşi. Scopul este acelaşi, ca atunci când moneda cade, sunetul produs de lovirea cu podeaua să inducă imediat un răspuns hipnotic profund.

Tehnica monedei foloseşte principiile sociocognitive ale ambientului şi expectaţiei pentru a facilita tranziţia individului într-o transă hipnotică adevărată, întocmai la fel ca în metoda de inducţie rapidă de mai înainte. Trebuie amintit că astfel de abordări sunt destul de dominatoare şi au avantaje şi limitări. În general, procedurile mult mai puţin autoritare sunt preferate de majoritatea participanţilor, dar aceste inducţii rapide îşi au locul în arsenalul tehnicilor de hipnoterapie.

Pentru că este în natura hipnozei să facă să pară că lucrurile i se întâmplă participantului aparent fără controlul conştient sau voinţa acestuia, experienţa unei acţiuni involuntare poate fi administrată printr-o situaţie simplă, numită fenomenul Kohnstamn. Studenţii sunt sfătuiţi să încerce ei înşişi acest fenomen, fie şi numai pentru a se familiariza mai îndeaproape cu genul de sentimente pe care le au cei hipnotizaţi când răspund sugestiilor în timp ce se află în stare de transă.

Fenomenul Kohnstamn

Terapeutul îi instruieşte pe participanţi după cum urmează:

> Staţi lângă perete, cu faţa perpendiculară pe el, cu picioarele la o distanţă de aproximativ 30 cm de zid. Acum, cu mâna atârnând pe lângă voi, împingeţi cu dosul palmei în perete. Aşa. Acum şi mai tare. Nu vă aplecaţi spre perete. Doar împingeţi cu dosul palmei în perete ca şi cum aţi încerca să-l împingeţi mai tare, mai tare, şi mai tare. Acum, vreau să continuaţi să faceţi asta timp de un minut. Un minut vi se va părea lung în timp ce faceţi asta. [Terapeutul poate anunţa intervale de 15 secunde, dar continuă să-i preseze pe participanţi să apese mai tare, cu toată puterea, peretele cu dosul palmei.]

După un minut, terapeutul dă instrucţiunea „Acum întoarceţi-vă cu faţa la mine". În cazul majorităţii indivizilor (şi spre marea lor mirare) braţul se va ridica încet, ca şi cum ar face-o automat. Desigur, fenomenul nu este un efect hipnotic, ci se bazează pe oboseala muşchilor. Prin obosirea unei grupe de muşchi ai braţului, muşchii opuşi pur şi simplu se contractă şi ridică braţul. Deşi nu este hipnoză, experienţa este asemănătoare cu cea a persoanelor care răspund sugestiilor hipnotice în timp ce se află în transă. Ceva li se întâmplă; nu ei o fac.

Inducţia verbală-nonverbală a lui Barabasz pentru persoanele rezistente

Tehnica disocierii verbale-nonverbale (A. Barabasz, în curs de apariţie) se bazează pe fenomenul Kohnstamn ca punte pentru răspunsul hipnotic. Deşi poate fi aplicată oricărui individ capabil, din punct de vedere fizic, să îndeplinească cerinţele tehnicii, este potrivită în special pentru pacienţii rezistenţi sau pentru voluntarii care participă la cercetări (vezi figura 6.4).

Merită încercată chiar şi cu cei care au obţinut cele mai mici punctaje pe *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză* sau în cadrul *Profilului Inducţiei Hipnotice* pentru că, într-un număr mic, dar semnificativ de cazuri, ea depăşeşte rezistenţa profundă la hipnoză care poate fi cauzată de alte variabile decât lipsa unei hipnotizabilităţi înnăscute. Terapeutul îi instruieşte pe indivizi după cum urmează:



Figura 6.4. Fenomenul Kohnstamn. (a) Apăsând peretele cu mâna, pacienta demonstrează poziția inițială a fenomenului Kohnstamn. (b) Pacienta este uimită să-şi vadă mâna ridicându-se involuntar.

> Ok, dacă eşti gata, te rog să stai cu umărul drept [sau stâng] la o distanţă de aproximativ 30 cm de perete, uite, lasă-mă să te ajut. {Terapeutul îi arată participantului exact cum să se apropie corect de perete, conform cerinţelor de bază Kohnstamn.] Bine, acum te rog pur şi simplu să apeşi cu dosul palmei peretele, doar cu mâna, nu cu corpul, cam cât poţi tu de tare. Apeşi puternic acum? [Presupunem că omul spune „da".] Bun, apasă puţin mai tare dacă poţi. Durează un minut, dar o poţi face. [Terapeutul se uită la un ceas aflat în spatele persoanei, reţinând momentul începerii apăsării, permiţând astfel contactul permanent cu ochii participantului, uitându-se de fapt la puntea nasului său.] În regulă, au trecut deja 30 de secunde, încă doar 30 de secunde, continuă să presezi şi să apeşi peretele cu mâna tot mai tare şi mai tare, apăsând, apăsând, apăsând aproape cât poţi tu de tare. Restul corpului îţi este calm şi liniştit, dar mâna care apasă peretele o simţi apăsând mai tare. Continuă să apeşi mai tare. Mai ai doar 10 secunde, ţine mâna apăsată de perete, foarte tare acum. Aproape am terminat [după aproximativ un minut]. În regulă, e bine, acum depărtează-te la aproximativ un metru de perete.

Terapeutul continuă să se uite fix la puntea nasului participantului. Pe măsură ce individul se îndepărtează de perete, terapeutul foloseşte vederea periferică pentru a observa efectul tipic de ridicare a mâinii, dar concomitent, la fel de subtil, îl conduce pe participant spre o plutire a braţului ridicându-şi propria mână în timp ce se uită direct la puntea nasului (vezi figura 6.5).



(a)

Figura 6.5. Terapeutul sugerează nonverbal ridicarea braţului şi o conduce pe participantă ridicându-şi propria mână. Mai întâi se uită fix în ochii ei şi apoi se concentrează pe un obiect din spatele ei pentru a-i opri intervenţia conştientă asupra potenţialului ei talent hipnotic natural. Terapeutul îi dă participantei impresia că ar privi dincolo de ea.

Terapeutul ar trebui să ridice braţul opus celui folosit de participant, astfel încât să-i ofere acestuia o imagine în oglindă cu un semnal nonverbal de inducţie hipnotică. Pe măsură ce braţul participantului se ridică, terapeutul spune:

> Braţul tău [ca să nu se înţeleagă greşit că este vorba de cel al terapeutului] pluteşte de unul singur, grozav! Dar poate să se şi relaxeze, să se calmeze şi, pe măsură ce coboară la loc, şi tu te poţi cufunda într-un calm hipnotic plăcut, iar când a coborât complet, ochii ţi se pot închide şi ei, dar, te rog, încearcă să-i ţii deschişi până când braţul s-a lăsat calm în jos, în jos, în jos, iar tu eşti aşezat pe scaunul din spatele tău. Te rog încearcă să nu te afunzi mai tare în hipnoză până când nu eşti pe scaun.

Odată ce braţul a coborât complet, persoana este aşezată, iar ochii sunt închişi, terapeutul poate începe să testeze sugestiile hipnotice sau alte aprofundări, în funcţie de protocolul de cercetare sau de intervenţia terapeutică. Întreaga procedură cere exerciţiu şi experienţă, astfel încât să se desfăşoare cu calm şi încredere. Terapeutul trebuie să se arate încrezător că reacţiile sugerate vor apărea, în ciuda

faptului că nu prea se aşteaptă ca un individ cunoscut drept rezistent chiar să răspundă. Contrar noţiunilor susţinute de rezultatele anumitor cercetări, aşteptările terapeutului, bazate pe punctaje de hipnotizabilitate mici sau pe alte păreri despre individ, nu vor afecta rezultatul inducţiei, atât timp cât terapeutul conduce şedinţa cu profesionalism. Aceasta este doar una dintre trăsăturile care fac diferenţa între terapeutul eficient şi cel de mâna a doua, care mai mult se limitează la a se baza numai pe talentele hipnotice mai uşor de scos la iveală, cum ar fi răspunsurile mondene, obţinute facil, decât poate să-i ajute pe oameni să-şi elibereze capacităţile hipnotice disociative.

Ridicarea mâinii care se opune

Această abordare este destinată participantului care se opune evident inducerii hipnozei. Ocazional, terapeutul va avea un pacient care percepe în mod evident situaţia hipnotică drept una de confruntare între el şi terapeut. Această rezistenţă poate fi manifestată prin remarce ca: „Nu mă poţi hipnotiza, pentru că am o voinţă prea puternică". Uneori, această tendinţă va fi demonstrată în timpul testul de hipnotizabilitate al căderii braţului prin ridicarea în loc de coborârea braţului care ţine greutatea sugerată. Acest fenomen a fost denumit „contracontrol" şi reprezintă un soi de reacţie opusă la cerinţele caracteristice ale situaţiei.

Procedura implică acceptarea de către terapeut a interpretării participantului că inducţia este un concurs. De fapt, terapeutul o construieşte în special ca o situaţie de conflict între ei. Totuşi, el restructurează apoi subtil sugestia hipnotică până când sugerează că se opune activ eforturilor participantului de a obţine o stare profundă de relaxare, astfel încât dorinţa „naturală" a participantului de a intra într-o stare hipnotică să fie contracarată deliberat printr-un conflict fizic între mâna lui şi cea a terapeutului. După o strădanie considerabilă, participantul poate intra în sfârşit în starea de hipnoză, învingându-l pe terapeut. Nevoia de a câştiga în faţa doctorului este mobilizată şi implicată în procesul de inducţie.

Tehnica începe la fel ca în cazul procedurii tradiţionale a ridicării mâinii pe care am descris-o în capitolul 5. Cu toate acestea, în loc să sugereze o senzaţie diferită a unui deget, terapeutul dă imediat sugestia că mâna devine tot mai uşoară şi vrea să plutească, ridicându-se de pe masă sau de pe braţul fotoliului (vezi figura 6.6).

Se continuă cu asta o vreme și se remarcă gradul de rezistență la ridicarea mâinii. La un moment dat, terapeutul își schimbă brusc tonul vocii într-unul mai autoritar și sfidător, după cum urmează:

> Chiar dacă mâna ta devine tot mai ușoară și vrea să se ridice în aer, nu îi voi permite să facă asta. Îmi pun mâna pe ea și o țin astfel încât să nu se poată ridica.

Apoi terapeutul își pune ferm mâna pe cea a participantului și o apasă. De obicei, în acest punct reacția participantului este una de surpriză și uneori de furie. Libertatea de mișcare îi este acum concret și fizic restricționată. Asta funcționează ca o provocare și tinde să îi mobilizeze voința de a rezista sugestiilor. În consecință, terapeutul continuă după cum urmează:

> Îți țin mâna atât de tare, încât chiar dacă ar vrea să se ridice nu poate să facă asta. Mâna mea este mai puternică decât a ta, iar a ta este prea slabă ca să o poată împinge pe a mea.

Apoi terapeutul alternează ușor împingerea în jos a dosului palmei participantului cu relaxarea ei. Dacă participanții simulează dorința de a rezista, curând vor avea o tendință de a împinge înapoi. Acest lucru va deveni evident când mâinile lor se vor ridica ușor și vor păstra contactul cu cea a terapeutului de fiecare dată când acesta o ridică ușor pe a lui.

Terapeutul continuă cu remarce sfidătoare puternice cu privire la faptul că mâna participantului nu are atâta forță câtă are a lui, că trebuie să accepte să fie ținută jos și că nu va fi capabilă să se ridice. Observă că întregul „contact" este descris ca fiind „mâna mea" *versus* „mâna ta", nu ca „eu" *versus* „tu". Desigur, sufletește, participanții îl interpretează ca având loc între ei și terapeut. Totuși, dacă terapeutul îl descrie ca pe un conflict al mâinilor, asta îi permite participantului să se simtă mai liber să se implice în luptă. Mai mult, mâinile sunt tratate ca „obiecte", așadar, în afara sinelui, nu ca „subiecte" sau depinzând de voința cuiva. Ridicarea mâinii participantului constituie astfel o victorie asupra terapeutului pentru care el nu are nici un control și nici o responsabilitate. („Uite ce-i face mâna mea mâinii tale. O poate învinge pe a ta.")

În timp ce continuă cu remarcele sfidătoare, terapeutul slăbește din când în când forța cu care împinge în jos, permițându-i mâinii participantului să împingă înapoi și să înceapă să se ridice. Când se întâmplă asta, el își schimbă remarcele pentru a observa progresul mâinii pacientului, care se ridică împotriva mâinii lui:



(a)



(b)

Figura 6.6. Tehnica ridicării mâinii care se opune. (a) Terapeutul împinge cu mâna lui mâna pacientei. (b) Pacienta își ridică mâna împingând-o pe cea a terapeutului. El aplică presiuni variate asupra mâinii.



(c)



(d)

(c) Pe măsură ce terapeutul cedează încet, mâna pacientei se ridică. (d) Când cele două mâini se apropie de faţa pacientei „lupta" devine mai intensă pe măsură ce ea îşi atinge triumfătoare scopul de a ajunge la faţă în ciuda opoziţiei terapeutului. Atunci poate intra într-o stare hipnotică având sentimentul succesului.

> Îți voi împinge mâna în jos cu toată puterea și, chiar dacă ea pare să împingă puțin înapoi, nu poate fi îndeajuns de puternică încât să învingă mâna mea. Mâna ta pare să se ridice un pic, așa încât îmi voi dubla eforturile pentru a o ține jos. Trebuie ținută jos ; nu trebuie să i se permită să se ridice mai mult. Mâna ta se apropie tot mai mult de fața ta. Ca și cum o atracție magnetică foarte puternică între mână și față le-ar aduce mai aproape. Așa că o voi împinge și mai tare în jos.

Desigur, terapeutul cedează treptat. De fiecare dată când mâna participantului își încetinește urcarea, el o împinge din nou în jos. De obicei, asta e suficient pentru a-l face pe participant să împingă și el din nou, continuând deci ridicarea. În sfârșit, când cele două mâini se apropie de față, iar lupta este destul de intensă, terapeutul începe să includă sugestii de genul :

> Mâna ta pare hotărâtă să ajungă la față în ciuda faptului că mă opun cu toată puterea. Și dacă obține o victorie împotriva mâinii mele, îți poți atinge scopul de a intra într-o minunată stare de relaxare, în ciuda împotrivirii mele. Știu că te gândești că poți atinge acest scop și intra într-o stare confortabilă foarte profundă dovedind că mâna ta e mai puternică decât a mea și prin asta reușind, în sfârșit, să-ți atingi fața, în ciuda eforturilor mele de a opri asta. Acum e mai aproape, mai aproape, mai aproape. Aproape atinge, aproape atinge, atinge. Mâna a putut atinge fața în ciuda eforturilor mele de a o împiedica să facă asta. A învins și tu poți acum să intri într-o stare de relaxare profundă, simțindu-te complet triumfător, pentru că toate eforturile mele nu au fost îndeajuns de puternice pentru a te împiedica să ajungi la această stare confortabilă.

Evident, această procedură implică, într-o oarecare măsură, înșelătoria, întreaga situație fiind restructurată într-un concurs între terapeut și participant, la finalul căruia cel din urmă învinge intrând într-o stare hipnotică cu toată „împotrivirea puternică" a doctorului. Tehnica nu este folosită frecvent ; totuși, am descoperit că are succes în cazul anumitor pacienți ostili, sau chiar paranoizi, care nu puteau fi hipnotizați prin nici o altă metodă.

Tehnica anesteziei progresive

Această metodă este mult mai prietenoasă și mai puțin agresivă decât ridicarea mâinii care se opune. Implică atingerea și mângâierea pacientului cu toate înțelesurile, pozitive și negative, legate de un astfel de contact.

Terapeutul îi cere participantului să stea la un birou sau la o masă şi să-şi aşeze ambele braţe pe masă (vezi figura 6.7).

Atenţia este îndreptată spre degetul unei mâini (îngustarea hipnotică a câmpului de percepţie), după cum urmează: „Concentrează-ţi toată atenţia pe acest deget. Pe măsură ce îl mângâi, vei observa că începe să amorţească". (Terapeutul mângâie degetul.) „Odată cu amorţeala, degetul devine tot mai ţeapăn. Tinde să se ridice şi devine ţeapăn, îl simţi ca pe un ţăruş de lemn." (Ridicarea şi îndreptarea degetului sunt semne motorii ale implicării acestuia.) „Acum voi mângâia următorul deget, acesta va amorţi şi el şi va deveni ţeapăn la fel ca primul. Ambele amorţesc şi înţepenesc. Acum înţepeneala amorţită trece la încă un deget" – şi tot aşa, până când toate degetele participantului sunt drepte, rigide şi uşor ridicate. Apoi este sugerată amorţirea întregii mâini. De fiecare dată partea corpului care urmează să amorţească este atinsă şi mângâiată uşor de terapeut. Treptat, amorţeala este urcată în încheietură, spre antebraţ, prin cot, în braţ şi în umăr. În timp ce toate acestea sunt sugerate, întregul braţ, asemenea fiecărui deget de mai devreme, ar trebui să devină rigid şi drept pentru a arăta trecerea amorţelii prin el.

Pentru că întreaga inducţie durează câteva minute, ar fi o idee bună ca braţul rigid să fie sprijinit prin lăsarea mâinii pe masă, evitând astfel oboseala inutilă ce poate rezulta din ţinerea braţului întins pentru o perioadă mai lungă de timp.

De la umăr, amorţeala este trecută spre celălalt umăr prin mângâierea de către terapeut a cefei pacientului. Este apoi transferată spre cealaltă mână, pe măsură ce terapeutul continuă mângâierea, descriind în acelaşi timp mişcarea senzaţiei de amorţeală, mai întâi în celălalt braţ, prin cot, spre antebraţ, încheietură, mână şi fiecare dintre degete. Ambele braţe sunt acum rigide şi amorţite, cu mâinile participantului sprijinindu-se pe masă.

În acest punct, ar fi înţelept să nu continui cu mângâierea fizică a altor părţi ale corpului participantului din pricina conotaţiilor sexuale pe care le-ar atrage. Prin urmare, descriem pur şi simplu fluxul continuu al amorţelii: „În jos, dinspre umeri spre piept, apoi în abdomen. Acum piciorul tău drept [stâng] începe să amorţească" (de obicei pe aceeaşi parte pe care se află primul braţ care a amorţit). „Piciorul se îndreaptă şi înţepeneşte de la genunchi, la nivelul gambei, al labei piciorului, la nivelul degetelor de la picioare" şi aşa mai departe. În acest moment, întregul picior al participantului poate



(a)



(b)

Figura 6.7. Procedura anesteziei progresive. (a) Iniţial, pacientei i se cere să se concentreze asupra mâinii care îi este mângâiată de terapeut. Mâna ei înţepeneşte şi amorţeşte. (b) Amorţeala şi înţepeneala mâinii sunt acum transferate în sus, spre braţ, pe măsură ce terapeutul îl mângâie.



(c)



(d)

(c) Amorţeala trece acum din braţul drept al pacientei în umărul drept, în ceafa ei, în umărul stâng şi în braţul stâng. (d) Amorţeala şi rigiditatea s-au mutat acum în jos, prin trunchiul pacientei, în picioarele ei.

sta drept, ridicat deasupra podelei ; o poziţie care va genera oboseala dacă este menţinută prea mult.

Aceleaşi sugestii sunt acum folosite în legătură cu amorţeala care se „scurge" în celălalt picior. Acum, întreg corpul participantului, de la umeri în jos, ar trebui să fie înţepenit şi amorţit. Sigur că este esenţial ca sugestiile să urmărească îndeaproape răspunsurile participantului. Terapeutul nu ar trebui să se grăbească, ci să îngăduie să treacă destul timp şi destule repetiţii, astfel încât fiecare parte a corpului să fie în mod clar influenţată înainte de a trece la următoarea.

În final, terapeutul sugerează că amorţeala urcă spre gât, faţă, buze şi frunte. Dacă mai este necesar, terapeutul sugerează închiderea ochilor şi continuă cu sugestii privind intrarea participantului într-o stare profundă şi confortabilă de somn sau relaxare. Înţepeneala participantului poate fi îndepărtată, iar terapeutul îi spune participantului să-şi relaxeze muşchii, dar să păstreze lipsa senzaţiilor. Profunzimea transei va fi legată de gradul de extindere şi profunzime al amorţelii. Ea poate fi testată prin ciupirea pielii participantului. Inducţia poate fi utilă în pregătirea participantului pentru o procedură chirurgicală dureroasă în cadrul căreia vor fi folosite şi alte anestezice sau dacă hipnoanalgezia urmează să fie singurul remediu împotriva durerii.

Metoda nonverbală

Rareori problemele de comunicare pot îngreuna – sau chiar face imposibilă – folosirea procedurilor tipice de inducţie. Poate că pacientul este surd sau vorbeşte o limbă străină pe care terapeutul nu o cunoaşte. Această tehnică poate fi utilă în special în cazul copiilor, care sunt deseori mai receptivi la sugestiile posturale decât la cele verbale.

Terapeutul îl aşază pe participant pe un scaun şi îl instruieşte să-şi ţină ambele braţe ridicate în faţă, astfel încât mâinile să fie deasupra nivelului ochilor (vezi figura 6.8).

Braţele ar trebui să fie paralele, iar mâinile la o distanţă de aproximativ 60 cm una de cealaltă. Terapeutul se mişcă acum înainte şi înapoi în faţa participantului, trece dintr-o parte în alta, făcând o mică schimbare mai întâi în poziţia braţului drept, apoi o schimbare similară în cealaltă parte, pentru braţul stâng.

Mai întâi braţul drept al pacientului este îndoit din cot, astfel încât mâna să fie orientată uşor spre interior şi în jos (cotul drept întinzându-se în acelaşi timp spre exterior). Apoi terapeutul trece în partea stângă şi repetă aceeaşi mişcare pentru braţul stâng. După fiecare mişcare, terapeutul face o pauză de câteva secunde şi observă postura. Asta îi permite să remarce reacţiile pacientului şi îi lasă acestuia timp să se adapteze la noua poziţie.

Încă o dată, terapeutul trece în partea dreaptă a pacientului şi ajustează din nou braţul drept, orientându-l din nou uşor în jos. Peste câteva secunde această poziţie este echivalată cu o ajustare similară a mâinii stângi. Ajustările braţelor şi mâinilor transmit constant mesajul „spre interior şi în jos", spre interior în sinele pacientului, în jos spre un nivel mai puţin conştient.

În sfârşit, când mâinile pacientului sunt aproape lipite şi mai au puţin până să ajungă în poală, terapeutul apucă ferm ambele mâini de încheieturi şi, repede, le coboară cu forţa până jos. În acest moment, de obicei, ochii pacientului se vor închide, iar capul acestuia se va lăsa înspre piept. Dacă nu se întâmplă acest lucru, terapeutul poate trage în jos pleoapele pacientului şi, printr-o apăsare a cefei lui, poate administra ultima sugestie forţată : „Mergi spre interior şi în jos, închide ochii şi intră într-o stare hipnotică profundă, relaxată ! ".

Nu s-a rostit nici un cuvânt, dar inducţia a fost dusă la bun sfârşit prin seria de schimbări treptate ale poziţiei. Pentru a înlătura starea hipnotică obţinută, terapeutul inversează pur şi simplu mişcările. Mai întâi, înalţă capul pacientului. Apoi terapeutul ridică braţele pacientului în poziţia în care se aflau chiar înainte de coborârea lor forţată. În continuare, inversează, pe rând, mişcările unui braţ şi ale unei mâini. Mutările sunt acum spre exterior şi în sus : „Ieşi din interiorul tău şi revino în starea conştientă" este mesajul. În sfârşit, braţele pacientului au revenit în poziţia iniţială, ochii sunt complet deschişi, iar capul este ridicat. Terapeutul îi zâmbeşte pacientului şi, cu blândeţe, îi coboară braţele pe lângă corp, de unde le-a ridicat la început.

Tehnica repetiţiei

O cale simplă de a hipnotiza un pacient care a trecut printr-o hipnoză cu un alt medic este de a relua sau de a face „o repetiţie" exactă a procedurii folosite anterior (vezi figura 6.9).



(a)



(b)

Figura 6.8. Inducţie nonverbală. (a) La început, terapeutul ridică mâinile pacientei în poziţia corectă şi apoi se retrage uşor, comunicându-i nonverbal să ţină braţele întinse. (b) După ce s-a asigurat că pacienta a primit mesajul, terapeutul îi apasă uşor braţele în jos. Mesajul este „Coboară mai adânc în interiorul tău".



(c)



(d)

(c) Apăsând cu blândeţe braţul participantei până jos, terapeutul îi transmite mesajul de a merge şi mai în profunzime. (d) Presând uşor pleoapele pacientei, terapeutul transmite mesajul nonverbal: „Ochii tăi vor rămâne închişi".



(a)



(b)

Figura 6.9. Tehnica repetiției. (a) Apăsând până jos mâinile pacientei, terapeutul îi transmite puternicul mesaj nonverbal de a merge mai în profunzime. (b) Apăsarea în continuare de către terapeut a umerilor pacientei întărește sugestia hipnotică de profunzime. Capul îi cade în piept, iar ea se prăbușește într-o poziție hipnotică.

Terapeutul îl întreabă pe participant ce a făcut celălalt medic cu hipnoza şi în ce ordine au fost administrate sugestiile. De exemplu:

> Spui că dentista ta, doamna doctor X, te-a hipnotizat, te-a pus să te laşi pe spate în scaunul stomatologic şi să te relaxezi? În regulă. Te rog să te întinzi pe canapea şi să te relaxezi în acelaşi fel. Acum, ce ţi-a spus să faci mai întâi? A zis să ridici mâna şi să-ţi concentrezi privirea asupra ei? Bine. Fă asta. Ridică mâna şi concentrează-ţi privirea asupra ei exact la fel cum ai făcut în scaunul stomatologic. Apoi ce a spus doamna doctor? A spus să inspiri adânc de trei ori. Bine. Inspiră adânc de trei ori. Unu, doi, trei! Bravo! Acum, ce a mai spus doamna doctor? Ţi-a spus să-ţi concentrezi privirea pe degetul arătător şi să te relaxezi complet. În regulă, atunci fixează cu privirea degetul arătător şi începe să te relaxezi complet. Ce a urmat? Ţi-a zis că braţul tău se va îngreuna foarte mult. Lasă-ţi braţul să devină foarte greu acum. Apoi? Ţi-a spus că pe măsură ce braţul îţi coboară uşor te vei cufunda într-o stare profundă de relaxare. Bine. Acum, pe măsură ce braţul tău coboară încet, te vei simţi la fel ca înainte. Vei coborî odată cu el în aceeaşi stare de relaxare, plăcut hipnotizat.

Această procedură este apoi continuată până când participanţii sunt complet implicaţi din punct de vedere hipnotic. Poate fi folosită pentru aproape orice tehnică şi are avantajul că pacienţii pur şi simplu repetă pas cu pas o procedură care deja s-a dovedit eficientă pentru a le induce o stare de hipnoză. Presupunem că relaţia pacientului cu celălalt terapeut a fost una constructivă şi că, la vremea respectivă, a rămas cu un sentiment plăcut. Pot fi făcute câteva cercetări înainte de a începe această procedură. Află dacă pacientul s-a supărat pe terapeutul de mai înainte sau dacă acesta nu i-a fost de ajutor. Resentimentele profunde ale pacienţilor pot funcţiona ca o rezistenţă, făcând ca rehipnotizarea acestora prin aceeaşi metodă să fie dificilă sau chiar imposibilă. În astfel de cazuri, atenţia considerabilă acordată construirii unui raport şi a încrederii în relaţia cu aceşti pacienţi este o premisă a succesului sau eşecului în tratarea lor.

Varianta somnului în tehnica repetiţiei

O variantă interesantă a abordării prin repetiţie poate fi folosită pentru a hipnotiza o persoană pentru prima dată, folosind comportamentul ei obişnuit de a merge la culcare. Terapeutul le cere pur şi simplu participanţilor să retrăiască paşii pe care îi fac atunci când se

pregătesc pentru somn. Terapeutul spune: „Imaginează-ţi că este ora de culcare şi eşti gata să te urci în pat". Ar fi mai bine pentru terapeut să evite sugerarea momentului schimbării hainelor, pentru că pacientul ar putea-o interpreta ca pe o mişcare sexuală de seducţie din partea doctorului sau ar putea provoca reacţii erotice de transfer afectiv. Totuşi, terapeutul poate spune: „Imaginează-ţi că stingi lumina, tragi cuvertura de pe pat, te strecori în aşternut, te cuibăreşti şi simţi căldura şi relaxarea scurgându-se în toţi muşchii, ochii îţi sunt tot mai grei, gândurile îţi sunt tot mai puţine şi te simţi profund relaxat şi somnoros". Procedura este aceeaşi ca şi în cazul repetiţiei clasice a unei inducţii anterioare, cu excepţia faptului că, în acest caz, terapeutul trebuie să se bazeze pe relatările pacientului despre comportamentul lui obişnuit privind mersul la culcare. Se poate greşi în această abordare pentru că terapeutul poate spune: „Îţi simţi capul cufundându-se într-o pernă confortabilă", când pacientul nu doarme, de obicei, pe o pernă. Sugestiile contrare realităţii tind să-l alerteze pe pacient şi nu-l ajută să activeze o adevărată stare de hipnoză în locul unei simple relaxări.

Avionul către Hawaii şi alte tehnici ale jocului închipuirii

Aceste metode folosesc sugestii menite să-i implice pe participanţi într-un joc al imaginaţiei. De obicei, ele încep când terapeutul le cere participanţilor să închidă ochii şi să vizualizeze ceva de genul:

> Imaginează-ţi că urmează să faci o călătorie în Hawaii. Ai în mână bagajul şi te afli în aeroport, pregătindu-te să urci în avion. Ai biletele şi te poţi vedea acum trecând prin inspecţia bagajului de mână. Totul e în regulă şi mergi spre zona de îmbarcare. Îi poţi vedea în jurul tău pe mulţi dintre ceilalţi pasageri, unii oameni mai în vârstă şi câţiva copii. Acum te îmbarci în avion şi îţi găseşti locul. Te aşezi, fixezi centura de siguranţă şi te relaxezi. Motoarele avionului pornesc; le poţi auzi sunetul şi simţi cum căpitanul pune frână din când în când în timp ce rulaţi pe pistă. Sunetul motoarelor creşte şi simţi inerţia împingându-te în scaun pe măsură ce avionul vâjâie pe pistă şi se ridică de la sol. Cât de entuziasmat eşti de această vacanţă minunată! Te uiţi pe fereastra avionului şi vezi case şi maşini mărunte, aflate mult sub tine. Te reaşezi pe scaun. Poate că o însoţitoare de zbor îţi aduce o cafea sau o băutură. Acum ajungeţi la malul oceanului. Plajele alunecă în spatele tău şi tot ce poţi vedea este marea albastră cu câteva mici valuri înspumate. Este atât de plăcut şi

> te relaxezi tot mai mult, poate că te cufunzi într-o picoteală. Orele trec şi te uiţi din nou pe fereastră, vezi înainte câteva insule ca nişte puncte. Ajungi deasupra Hawaii-ului. Curând, în jos, va deveni vizibilă silueta Diamond Head cu plajele înconjurate de palmieri. Eşti foarte nerăbdător să ajungi la destinaţie şi să faci toate acele lucruri interesante pe care ai visat că le vei face când vei ajunge în Hawaii.

Fantezia poate să fie lungă sau scurtă. Oricum, important este că terapeutul trebuie să descrie fiecare pas în cel mai vioi limbaj posibil, folosind adjective descriptive. În acest fel îi determină pe pacienţi să-şi oprească propriile gânduri interioare care îi distrag şi să excludă orice contact cu realitatea exterioară, altul decât relaţia cu terapeutul. Acesta şi fantezia pe care o elaborează devin universul pacienţilor. Odată stabilită această relaţie, este mult mai probabil ca participanţii să urmeze şi alte sugestii, inclusiv pe cele terapeutice. Tehnicile fanteziei, cum ar fi aceasta, pot servi ca metodă de inducţie şi ca procedură de aprofundare în momentul în care inducţia iniţială a fost finalizată. De fapt, testele de hipnotizabilitate, tehnicile de inducţie şi procedurile de aprofundare (care vor fi discutate în capitolul următor) sunt toate un continuum. Extensia uneia dintre ele conduce la cealaltă.

Alte fantezii pot include mersul la un film, coborârea cu un batiscaf pe fundul oceanului, călătoria cu trenul, mersul la magazin sau participarea la o expediţie arheologică. Sigur că opţiunile sunt nelimitate şi restricţionate doar de ingeniozitatea terapeutului în oferirea genului de fantezii cu care participantul s-ar putea identifica. Ocazional, o fantezie poate genera rezistenţă sau un răspuns negativ din partea participantului, manifestat poate prin ieşirea bruscă din stare şi autoalertare. Terapeutul ar trebui pur şi simplu să întrebe, cu încredere, ce a provocat această reacţie. Eu (A.F.B.) îmi cer scuze, spun: „Îmi pare rău, se mai întâmplă uneori", şi apoi o iau de la capăt ştergând elementul negativ al fanteziei care l-a tulburat pe pacient, începând o nouă fantezie sau încercând o cu totul altă tehnică de inducţie.

Subiect-obiect: o tehnică indirectă, încâlcită şi complexă

Este o abordare destul de neobişnuită, pentru că implică o manipulare a poziţiei percepţiei asupra sinelui pe care o are pacientul. Se pare

că există o variabilitate considerabilă a capacității individuale de a răspunde la ea. Cu această procedură unii intră rapid într-o stare foarte profundă; alții descoperă că nu se pot „arunca" în modificările psihologice cerute. Iată un exemplu, presupunând că pacientul este o femeie:

> Imaginează-ți că vii spre cabinetul meu așa cum ai făcut astăzi. Ești în mașină și conduci plecând de acasă pe străzile pe care trebuie să treci ca să ajungi aici. Poți vizualiza diversele clădiri, oamenii care merg pe trotuar, celelalte mașini. Te vezi pe scaunul șoferului cu mâinile pe volan și făcând toate acele mici rotiri necesare pentru a-ți manevra mașina prin trafic. Intri pe alee și oprești mașina în parcare. Întorci cheia pentru a opri motorul și deschizi portiera, pregătindu-te să cobori.
>
> În acest moment, o schimbare pare să se petreacă în interiorul tău. Acum ești în parcare, la câțiva metri în spatele mașinii tale și te uiți la o persoană care coboară din mașina ta. Poartă hainele tale și are aceeași culoare a părului. O urmărești cum merge spre cabinetul meu și deschide ușa sălii de așteptare. Se așază pentru câteva minute și apoi este condusă în acest cabinet și se așază pe fotoliul de lângă mine. Tu stai chiar în ușă, uitându-te la ea. Observi că poartă un costum maro și o eșarfă verde, exact ca ale tale, că are părul tău roșcat și că fața ei arată exact ca aceea pe care o vezi când te uiți în oglindă.
>
> Observă cum reacționează la vorbele mele. Încep să-i dau câteva sugestii care induc hipnoza și, pe măsură ce te uiți la ea, cea care arată ca tine și poartă hainele tale, te gândești că începe să fie destul de somnoroasă. Pleoapele ei par foarte grele. Clipesc și încep să se închidă. Continui să te uiți și observi o relaxare profundă trecându-i prin tot corpul. Brațele ei se relaxează. Pieptul ei se relaxează. Picioarele ei se relaxează și îți spui în sinea ta: „Măi să fie, persoana aceea care arată ca mine se relaxează într-o foarte profundă stare de calm". Observă cât de adânc s-a cufundat. Continui să o urmărești cum se cufundă tot mai adânc și, pe măsură ce auzi vocea mea monotonă, te gândești că și tu ai vrea să ajungi la aceeași relaxare profundă la care a ajuns ea. Hotărăști că ai vrea să i te alături și, prin urmare, traversezi camera și stai chiar în fața scaunului ei. Te întorci și te așezi pe scaunul ei contopindu-ți corpul cu al ei până când capul tău coincide cu al ei. Brațele tale și ale ei sunt aceleași. Corpul tău se contopește cu al ei, iar picioarele tale și ale ei sunt aceleași. Pe măsură ce preiei corpul ei, îți dai seama că preiei și senzațiile pe care le are. Simți trecând prin tine calmul adânc pe care ea l-a obținut și te bucuri de sentimentul profund de siguranță și căldură la care ea a ajuns. Tu și ea sunteți acum una și aceeași persoană și treci prin cea mai adâncă și confortabilă stare de relaxare.

Observă cum au fost manipulați subiectul și obiectul în această procedură. Mai întâi, pacienta este implicată în repetarea călătoriei până la cabinet. Această imagine este înviorată cu multe sugestii referitoare la clădirile, oamenii și mașinile pe care ea le-a întâlnit de-a lungul drumului. Toate acestea ar trebui descrise cât mai amănunțit posibil, dar nu într-atât încât să nu reprezinte realitatea ; astfel, terapeutul nu ar trebui să-i spună pacientei că trece pe 9th Street când ea, de fapt, a venit la cabinet pe 10th Street. Până în momentul parcării mașinii sugestiile trebuie să coincidă cu realitatea.

Stările eului au granițe, iar noi le folosim pentru a trece de la o stare la alta. Pereții pot simboliza bariere, iar ușile sunt puncte de trecere, traversând astfel dintr-o cameră a „casei eului" cuiva în alta. Așadar, folosim momentul ieșirii din mașină pentru a schimba perspectiva asupra sinelui. Sinele (subiectul) este acum mutat undeva în spatele mașinii, iar „starea eului care conduce" este schimbată din subiect în obiect. Pacienta „vede" acum șoferul mașinii coborând, în timp ce până atunci simțea că ea e șoferul. Starea de a fi șoferul mașinii nu mai este subiect. A devenit obiect („ea" în loc de „eu"), iar pacienta își percepe corpul ca un „noneu". Pentru a menține clară identitatea, persoana care coboară din mașină este descrisă ca având hainele și părul pacientei și, mai târziu, ca având aceleași trăsături pe care pacienta le vede când se uită în oglindă. Când ne privim în oglindă ne vedem ca „obiecte", deci așa cum ne văd ceilalți.

Această schimbare, în realitate o formă de disociere temporară, este continuată în timp ce femeia care arată ca pacienta intră în cabinet și se așază pe scaunul de lângă doctor. Această imagine (obiectul) este cea care va fi hipnotizată, în timp ce sinele pacientei urmărește procesul din alt loc, de lângă ușa cabinetului. În sfârșit, starea eului care observă este contopită din nou cu starea eului care percepe, iar pacienta își reia percepția asupra propriului corp. Totuși, când își preia corpul, trebuie să preia și toate senzațiile pe care corpul le are. Prin urmare, dacă „trupul ei de acolo" a fost hipnotizat și ea se întoarce la el, trebuie și ea să-și asume starea hipnotică pe care corpul o include.

Este o tehnică de inducție încâlcită, complexă și sofisticată, dar este deseori eficientă atunci când alte abordări mai directe au dat greș. Manipulările subiect-obiect pe care le implică pot fi folosite și pentru câteva tehnici terapeutice pe care le vom descrie în capitolele următoare.

Procedura de autoinducție

Multe dintre tehnicile descrise mai sus pot fi adaptate la autohipnoză, dacă acest lucru este indicat. Avem unele rezerve în ceea ce privește predarea autohipnozei individuale. Mulți oameni o cer și nu încape îndoială că, uneori, este o abordare valoroasă. Doctorul poate să nu fie întotdeauna disponibil, iar pacientul poate suferi de dureri insuportabile, având nevoie de alinarea lor cât mai curând. Oamenii pot folosi hipnoza pentru a-și îmbunătăți obiceiurile de învățare, pentru a se ajuta să adoarmă, pentru a-și îmbunătăți jocul de golf și așa mai departe.

Totuși, există multe persoane care caută hipnoza ca pe un nou fel de emoție puternică. Într-adevăr, studiile au arătat în repetate rânduri că unii dintre cei mai hipnotizabili indivizi sunt, prin natura lor, căutători de senzații tari. Ei vor să experimenteze cu propriile stări de conștiență. Unii au încercat diverse droguri ; vor un fel nou și ieftin de a „se stârni". Nishith, Barabasz, Barabasz și Warner (1999) au arătat pe cale experimentală că într-un grup de studenți în căutare de senzații tari, o scurtă hipnoză poate înlocui Xanaxul (alprazolam). Totuși, alții au deja parte de prea multă disociere. Aceștia includ psihoticii suferind de tulburare borderline sau alții care mai degrabă își trăiesc viețile în fantezie decât să înfrunte realitățile adaptării la o lume de oameni și provocări. Acestor persoane hipnoza, mai ales cea autoindusă, le poate face mai mult rău decât bine. Ei o folosesc mai mult ca pe o cale de a evita problemele vieții decât ca pe o metodă de a le rezolva. De asemenea, unii oameni vor folosi analgezia autoindusă hipnotic pentru a scăpa de orice durere, chiar și de cele care ar trebui să constituie un avertisment de a-și consulta medicul sau dentistul. Din aceste motive ar trebui să fii precaut în ceea ce privește predarea autohipnozei și ar trebui să te gândești cu atenție la scopurile pe care indivizii intenționează să le atingă cu ajutorul metodei hipnotice, la motivațiile lor interioare și la starea propriei lor integrări interioare, la forța eului și la maturitatea lor.

Pentru pacienții în cazul cărora această procedură este indicată, fie pentru autotratament, fie ca adjuvant între ședințele conduse de doctor, Helen Watkins a creat o adaptare a procedurii căderii brațului care poate fi învățată și exersată ușor. Ea a propus următorii pași :

1. *Concentrarea asupra degetului cu căderea mâinii pentru relaxare.* Inducția inițială din partea hipnoterapeutului implică instruirea

pacientului să se uite fix la degetul arătător sau la cel mijlociu, cu ochii deschiși sau închiși. Hipnoterapeutul sugerează că celelalte degete se vor estompa la marginea câmpului vizual al pacientului și că, pe măsură ce acesta va continua să se uite fix, mâna și brațul vor deveni foarte grele ; cu cât se uită mai mult, cu atât mai greu devine brațul. Sugestia continuă spunând că pe măsură ce brațul și mâna devin mai grele, mâna începe să coboare și, în timp ce coboară, pacientul începe să se cufunde într-o stare de relaxare, dar nu va intra într-o stare profundă de relaxare până când mâna nu a ajuns complet jos.

2. *Relaxarea musculară din cap până în picioare.*
3. *Internalizarea elementelor care distrag.* „Cu fiecare zgomot pe care îl aud, pot să mă cufund mai adânc, și mai adânc."
4. *Concentrarea pe respirație.* „Cu fiecare expirație, devin tot mai relaxat."
5. *Aprofundarea.* „Cobori acum spre camera cu canapeaua moale de pluș, 1 cobori, 2 cobori, 3, 4, 5, ești la jumătatea drumului, acum cobori și mai adânc și mai jos, 6, 7, 8, 9, 10, acum ești acolo, așezându-te pe canapea."
6. *Repetare mentală.* Următoarele sunt spuse de hipnoterapeut în timpul inducției inițiale : „Relaxează-te profund... relaxează-te profund... Pe măsură ce mă relaxez profund... pot intra într-o stare profundă de concentrare... nu voi adormi, pot fi alert... și pot învăța cum să folosesc aceste proceduri în stilul meu și în felul meu... astfel încât să devin tipul acela de persoană care vreau să devin, tipul de persoană care pot fi... pot învăța să folosesc această tehnică pentru a mă odihni și a mă relaxa mai profund... o pot folosi pentru a adormi noaptea... o pot folosi pentru a studia sau pentru a mă concentra mai mult... sau pentru a dobândi mai multă înțelegere a sinelui și mai mult autocontrol.
7. *Meditația.* Pacienții ar trebui să mediteze timp de un minut folosind fraze personalizate care afirmă idei pozitive despre ei înșiși sau să folosească meditația în scopul pentru care este inițiată autohipnoza.
8. *Autotrezirea prin numărarea înapoi de la 5 la 1.*

Autohipnoza a avut parte de un interes în creștere în rândul profesioniștilor din domeniul clinic și experimental. Întregul număr din iulie 1981 al *International Journal of Clinical and Experimental*

Hypnosis este dedicat acestui subiect. Fromm *et al.* (1981) au scos în evidenţă faptul că experimentarea absorbţiei şi a înfruntării orientării în realitatea generală se găseşte în heterohipnoză şi în autohipnoză. Totuşi, regresia la o anumită vârstă pare să fie mai uşoară în heterohipnoză. Autohipnoza este mult mai bogată în imaginaţie. Johnson (1981) a analizat descoperirile grupului de la Chicago (Fromm *et al.*, 1981) şi a subliniat că autohipnoza deschide un drum nou şi bogat, care, până acum, a fost relativ neexplorat. Poate că principala valoare a autohipnozei este aceea că stabileşte o stare fiziologică înrudită cu relaxarea (Kahn şi Fromm, 2001). Sacerdote (1981) a susţinut că nu există autohipnoză pură şi a descris câteva dificultăţi cu care se confruntă oamenii în timpul acestui proces. Orne şi McConkey (1981) au comparat cercetările şi punctele de vedere care făceau legătura între auto- şi heterohipnoză. Shor (1978) a publicat un *Inventar al autohipnozei* (*Inventory of Self-Hypnosis*) destinat evaluării performanţelor autohipnotice (vezi Smith, Barabasz şi Barabasz, 1996, pentru o analiză a autohipnozei în cazul copiilor). Desigur, pentru că majoritatea oamenilor care au capacitatea de a intra în starea hipnotică intră deseori în transă spontană, toate hipnozele pot fi teoretizate ca autohipnoze (H. Spiegel, 1998; Spiegel şi Spiegel, 2004). În general, domeniul a fost mult mai puţin cercetat decât cel al heterohipnozei, dar promite să deschidă noi căi spre tratamente clinice eficiente.

Abordările lui Milton Erickson

Milton Erickson (Haley, 1967; Zeig, 1982) a fost cunoscut pe scară largă drept un practician în domeniul hipnozei clinice care a contribuit în mare măsură la literatura pe această temă. Abordarea lui privind metoda hipnotică a fost atât de unică şi substanţial diferită de cea a celorlalţi profesionişti din domeniu, încât au fost publicate analize specifice care îşi propun să explice, din punct de vedere teoretic, tehnicile lui (Erickson *et al.*, 1976).

Se pare că Erickson a avut un succes considerabil în hipnotizarea indivizilor relativ rezistenţi. Totuşi, contrar învăţăturilor clinice, nu putea hipnotiza pe toată lumea. Într-o lungă vizită la laboratorul de cercetare a hipnozei al lui Ernest R. Hilgard de la Universitatea Stanford, Erickson a admis că nu a putut provoca nici măcar un singur răspuns hipnotic legitim în cazul câtorva studenţi voluntari

care obţinuseră punctaje minime pe *Scalele Stanford ale Susceptibilităţii la Hipnoză*. Cu toate acestea, Erickson a creat mai multe strategii terapeutice inovatoare în contextul hipnotic. Nu încercăm aici să prezentăm descrieri detaliate ale procedurilor sale şi să îi îndrumăm pe cititorii interesaţi spre lucrările lui originale publicate (vezi Haley, 1967) pentru o compilaţie a multora dintre aceste teze. Totuşi, se cade să facem o rapidă trecere în revistă a unora dintre conceptele lui de bază şi a ilustrărilor privind felul în care le-a transpus în manipulări hipnoterapeutice[1].

Erickson credea că hipnoza este, în primul rând, un proces intrapsihic şi deci tehnicile de inducţie nu ar trebui să se bazeze pe aparate cum ar fi bile de cristal, metronoame şi altele. Terapeutul ar trebui mai degrabă să-l determine pe pacient să-şi imagineze bilele de cristal, să audă muzica imaginară sau să simtă atingerea mâinii terapeutului pe care o vizualizează cu ochii minţii. Această trecere de la atenţia acordată stimulilor exteriori la concentrarea asupra imaginilor interioare poate avea o influenţă profundă în atragerea indivizilor într-o stare hipnotică.

Erickson a susţinut că multe eşecuri ale inducţiilor hipnotice sunt rezultatul faptului că terapeutul petrece prea puţin timp cu pacientul. El (1952) a afirmat că aloca deseori mai multe ore pentru pregătirea pacientului, înainte de a asigura o stare de transă. Practicile noastre clinice – şi ale regretatei Helen Watkins – implică de obicei contactul intensiv cu pacientul, constituit din întâlniri regulate timp de mai multe ore pe zi şi mai multe zile consecutiv. După ani de tratament convenţional, o oră pe săptămână, eu (A.F.B.) am fost uimit de îmbunătăţirile extraordinare la nivelul transei ce puteau fi obţinute prin schimbarea practicii mele într-una mult mai intensivă. Rezultatele clinice şi efectele lor durabile s-au îmbunătăţit şi ele foarte mult. După multe ore de contact, Erickson a recunoscut că atunci când le sugerează pacienţilor faptul că halucinează, e posibil să se raporteze imagini vizuale. Totuşi, dacă în timpul şedinţelor prelungite pacientul acceptă în grabă aceste imagini ca fiind reale, ele pot rămâne pur şi simplu la un nivel de imagine conştient. În timp, sugestia continuă – care a început ca un „ca şi cum" – devine reală. Pacientul se implică profund în experienţa transei, iar rezultatele terapeutice, mult mai bune decât cele manifestate doar prin sugestie, sunt durabile.

Un alt principiu subliniat de Erickson este cel al imprimării ritmului. Prin asta, a înțeles asigurarea că fiecare sugestie hipnotică dată pacienților este posibil de executat de către aceștia și este dusă la bun sfârșit înainte ca următoarea sugestie, mai dificilă, să fie administrată. Terapeuții amatori tind să sară repede de la o sugestie simplă – de exemplu, ridicarea mâinii – la una extrem de complexă, cum ar fi distorsiunea percepției într-o halucinație pozitivă sau negativă. Procesul de inducție trebuie executat pas cu pas, lăsându-i-se pacientului mult timp pentru a deveni tot mai implicat în starea hipnotică.

Poate unul dintre cele mai importante principii subliniate de Erickson este protejarea integrității pacientului. Odată el a descris un incident legat de scrierea automată, în care pacienta a fost de acord să se citească ceea ce va scrie, dar Erickson a continuat să îi protejeze dreptul la intimitate, chiar și după aparenta ei permisiune de a i-l încălca. Rezultatul a fost implicarea ei, pentru scurt timp, într-o transă foarte profundă. La fel, el le sugera pacienților care se aflau într-o transă ușoară că pot visa ceva și apoi pot uita visul, care nu va fi amintit decât atunci când vor dori. Sau îi instruia să rețină anumite informații din partea terapeutului. Este vizibilă aprecierea puternică a tuturor răspunsurilor. Erickson a pus accentul mai degrabă pe ceea ce se întâmpla experiențial cu pacienții decât pe ceea ce le făcea terapeutul. El și-a pornit deseori inducțiile de la o provocare. De exemplu, când un pacient a întrebat dacă hipnoza poate fi indusă stând în picioare, răspunsul lui Erickson a fost : „De ce să nu demonstrăm că poate fi ? ". El a susținut că trebuie acceptată rezistența existentă și trebuie lucrat cu ea în loc să se încerce depășirea ei. Când rezistența arată că un pacient se îndoiește în legătură cu intrarea sub hipnoză, poate fi administrată o sugestie care să dea greș. Pacientul este mulțumit că l-a învins pe terapeut și opune mai puțină rezistență la viitoarele sugestii. Deseori, Erickson a folosit o tehnică ce sugera repetarea viselor cu un conținut diferit, dar cu același înțeles. El a spus că transa este aprofundată cu fiecare vis.

O abordare perceptuală sugerată de Erickson, care pare să fie eficientă, implică determinarea pacienților să-și mute atenția de la un obiect din cameră la altul și apoi să închidă ochii și să le vizualizeze din nou.

O transă poate fi indusă sau adâncită cerându-li-se pacienților să speculeze și să descrie cum ar fi comportamentul și trăirile lor dacă

ar fi hipnotizați. Aceasta este o variație a tehnicii repetiției. Deseori Erickson a avut o serie de cerințe care cu greu puteau fi evitate, dar a căror îndeplinire îl făcea pe pacient să intre treptat sub hipnoză. Un exemplu este cel de mai jos.

> Ești dispus să cooperezi cu mine continuând să faci pași pe podea așa cum faci acum? Te rog să te întorci pe scaunul pe care te poți așeza. Acum te rog să te îndepărtezi de scaunul pe care te poți așeza. Acum te rog să te întorci din nou spre scaunul pe care curând te vei trezi că ești așezat confortabil. [Remarcă aici implicarea unei activități involuntare; de exemplu: „pe care curând te vei trezi că ești așezat confortabil".] Acum te poți așeza pe scaun și te poți cufunda în timp ce-ți spui povestea.

Îndeplinind fiecare cerință, pacientul s-a angajat să se așeze pe scaun și, odată așezat acolo, să „se cufunde" în transă.

Eu (A.F.B.) am folosit o ușoară variație a acestei tehnici în cursurile și seminariile mele de hipnoză pentru a demonstra cât de eficientă poate fi această inducție în cazul unui pacient despre care se știe că are o capacitate hipnotică medie sau bună: „Bun, mă întreb dacă te-ar deranja să închizi ușa de acolo și acum să pui CD-ul în aparat, te rog încearcă să nu intri sub hipnoză profundă până când nu ești așezat confortabil pe scaunul de acolo, te rog încearcă doar să ții ochii deschiși până atunci, dacă poți, până când ești așezat". De obicei, pacienții intră în transă în momentul în care se așază, ochii li se închid imediat și eu pot continua cu adâncirea transei sau cu testarea sugestiilor hipnotice. Evident că raportul trebuie să fi fost bine stabilit prin contacte anterioare cu pacientul, dar efectele sunt demne de luat în seamă.

Rezumat

Câteva dintre abordările hipnozei sunt legendare. Practicienii individuali au învățat să creeze tehnici specifice, care sunt eficiente și se potrivesc stilului lor personal. Este imposibil să devii o copie a unuia dintre maeștri. Învață să-ți dezvolți propriul stil sub îndrumarea și supravegherea mentorului tău (guru, dacă vrei). Multe dintre tehnicile pe care le-am descris pot avea diferite rezultate, depinzând de faptul că terapeutul a folosit o manieră autoritară sau permisivă în administrarea lor. Totuși, majoritatea vor fi similare uneia sau mai multora

dintre cele de mai înainte. Este recomandat să înveţi bine câteva dintre ele. Exersează-le mult, dacă este posibil pe voluntari, înainte de a le folosi asupra pacienţilor. Hipnoterapeuţii profesionişti vor descoperi, de obicei, că cele câteva abordări la care sunt sensibili şi cu care sunt foarte îndemânatici vor îndeplini nevoile majorităţii pacienţilor lor. În cazuri speciale se poate dovedi valoroasă familiarizarea cu câteva dintre cele mai avansate tehnici. Încrederea, abilităţile şi experienţa clinică alături de pacienţi sunt mult mai importante pentru inducerea stărilor hipnotice decât tehnicile în sine. Hipnoza este o stare de conştienţă modificată, dar pentru practica în clinici este în aceeaşi măsură şi ocazia unei relaţii interpersonale intense între terapeut şi pacient.

Notă

1. Pentru o bibliografie completă a lucrărilor publicate de Erickson din 1929 până în 1977, vezi Gravitz şi Gravitz (1977).

CAPITOLUL 7

Adâncirea transei hipnotice

Pare evident, chiar şi pentru cel mai nepăsător observator, că diferitele nivele de răspuns la hipnoză necesită nivele variate de profunzime hipnotică. De exemplu, este necesară o profunzime hipnotică redusă, poate chiar inexistentă, pentru a obţine o reacţie de relaxare la sugestii de calmare, liniştire şi eliberare, spre deosebire de nivelul de profunzime esenţial în chirurgia nedureroasă fără anestezic.

Această importanţă critică a profunzimii hipnotice a fost recunoscută încă de când Charcot (1889) a propus trei nivele de bază: catalepsia (rigiditatea membrelor obţinută prin sugestie hipnotică), letargia şi somnambulismul, dacă nu cumva înainte de asta. Zece ani mai târziu, Liébeault (1866) a clasificat o serie de nivele de profunzime de la somnolenţă la catalepsie, până la halucinaţii sugerate hipnotic ce pot fi percepute posthipnotic. *Scala Susceptibilităţii la Hipnoză* în 30 de puncte a lui Davis şi Husband (1931) dă cel mai mare punctaj halucinaţiei vizuale negative. Astfel, J. Watkins (1949) a publicat o versiune mai cuprinzătoare, mai rafinată şi mai extinsă a acestei scale, clasând, de exemplu, hipermnezia de la uşoară la accentuată, nivelele de regresie şi halucinaţiile vizuale negative de la hipnotice la posthipnotice. Aşa cum îţi vei aminti din citirea capitolului 4, sugerarea posthipnotică a unei halucinaţii negative (sugerarea existenţei doar a două cutii pe masă când, de fapt, în faţa participantului se află trei cutii) este considerată, de exemplu, cel mai dificil item al *Scalei Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*, Forma C (SHSS : C), care are 12 itemi (Weitzenhoffer şi Hilgard, 1962).

Poate din pricina impactului important pe care l-au avut atent studiata *Scală Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză* (Formele A, B şi C), folosită pe scară largă din anii '60, şi *Profilul Inducţiei Hipnotice* (HIP) al lui Herbert şi David Spiegel (1978-1987), importanţa

profunzimii hipnotice suficiente pentru sarcina dată a fost abandonată în mare parte în literatura de specialitate în favoarea punctajelor la testele de hipnotizabilitate.

Problema în cazul înlocuirii cu punctajele de hipnotizabilitate care măsoară capacitatea sau abilitatea de a intra sub hipnoză este că ele nu implică faptul că persoanele care obțin multe puncte sunt cumva, ca prin farmec, la nivelul maxim al capacității sau al profunzimii lor după orice inducție hipnotică credibilă. Ca editor al *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, eu (A.F.B.) rămân surprins să văd numărul mare de articole înaintate de autori importanți din domeniu, cel mai adesea din mediul universitar, care fac tocmai această presupunere.

De ce ar presupune cineva că, doar pentru că o persoană a avut capacitatea de a răspunde la sugestii hipnotice dificile, ea va fi îndeajuns de implicată hipnotic pentru reușite cum ar fi halucinațiile negative sau operațiile nedureroase după ce i s-a citit o scurtă inducție hipnotică standardizată?

Dacă hipnoza ar fi pur și simplu un fel de „ori-ori", am putea, în acest moment, să trecem direct la tratament. Totuși, inducția pare să fie un proces continuu, începând cu primele răspunsuri la sugestia hipnotică și dezvoltându-se treptat într-o implicare tot mai profundă în metoda hipnotică. Deși anumite tehnici provoacă o imersie în hipnoză aproape instantanee, uneori adâncă, în majoritatea cazurilor e nevoie de timp pentru ca individul să se adapteze la modalitatea hipnotică de percepție și comportament. Testele de hipnotizabilitate, care provoacă răspunsuri hipnotice, se contopesc într-un proces de inducție fără nici o linie de demarcație, cu excepția celei pe care am definit-o arbitrar. Tehnicile de inducție, atunci când sunt prelungite, tind să ducă persoana mai adânc în transa hipnotică poate, dar nu neapărat, până la nivelul maxim măsurat de scală. Prin urmare, putem conceptualiza acea stare ca fiind una de nivel. O persoană nu este ori într-o stare hipnotică, ori în afara ei; ea se află la un nivel redus, semnificativ sau profund. Astfel, testele de hipnotizabilitate descrise în capitolul 4 par să măsoare nu doar abilitatea unui individ de a fi hipnotizat, ci și profunzimea până la care este posibil ca acea persoană să fie hipnotizată. Concluzia, care le scapă câtorva – chiar renumiți – medici și cercetători în domeniul hipnozei, este că profunzimea adecvată pentru a obține răspunsul sugerat nu este manifestată automat în momentul în care o persoană este expusă unei inducții hipnotice sau unei experiențe de autohipnoză (Kahn și Fromm, 1992).

O altă concepţie greşită care există în rândul profanilor şi a numeroşi profesionişti este că o persoană nu a fost hipnotizată cu adevărat dacă nu este profund implicată. Terapeuţii aud des câte un pacient nou reacţionând la prima inducţie hipnotică cu o afirmaţie de genul : „Dar doctore, nu am fost hipnotizat. Te-am putut auzi tot timpul". Pentru mulţi, a fi hipnotizat pare să însemne o stare de inconştienţă, una în care vocea terapeutului nu este auzită, iar sugestiile acestuia nu sunt amintite în momentul trezirii. Mai departe există concepţia greşită implicită că dacă nu s-a ajuns la o asemenea stare, atunci sugestiile hipnotice vor fi ineficiente, iar hipnoterapia contraindicată.

Valoarea terapeutică a stărilor uşoare şi medii

Anumite fenomene, cum ar fi regresia şi halucinaţiile posthipnotice, necesită o stare destul de profundă pentru a fi scoase la iveală. Ele reprezintă cele mai izbitoare aspecte ale hipnozei şi tind să-l convingă pe observator de realitatea ei. Este adevărat şi că sugestiile hipnotice administrate în stări de transă mai profunde au o probabilitate crescută de a fi îndeplinite şi de a dura mai mult. Pentru că ştim că mai puţin de un sfert dintre persoanele selectate sunt, de obicei, capabile să ajungă la nivele profunde de hipnoză, practicienii tind să fie descurajaţi crezând că pot spera la rezultate eficiente doar cu o mică parte dintre pacienţii lor.

Din fericire, acest tablou nu este atât de descurajant. Nu numai că multe dintre sugestiile hipnoterapeutice funcţionează când sunt administrate în timpul stărilor de implicare hipnotică uşoară şi medie, dar unii doctori au susţinut şi că pentru anumite tipuri de terapii starea de hipnoză uşoară este preferabilă (Conn, 1959). De exemplu, dacă scopul nostru este, ca în cazul terapiilor analitice, să aducem în conştient materiale despre care pacientul ştia înainte şi, de asemenea, să ne asigurăm că această nouă cunoaştere a fost asimilată conştient şi integrată cât mai complet, atunci materialele descoperite în timp ce pacientul era doar uşor hipnotizat pot produce schimbări terapeutice mai mari. După cum susţinea Anna Freud (1946), subiectele profund reprimate pot ajunge temporar în conştient[1], dar ocolind integrarea eului ele pot fi curând uitate şi reprimate din nou. Nu se întâmplă nimic, iar pacientul nu se schimbă. Hilgard şi Tart (1966) au subliniat că, din cauza fluctuaţiilor normale ale profunzimii, este necesară obţinerea, în timpul experimentelor hipnotice, de autoevaluări

din partea pacientului ale profunzimii pe o scală numerică. Kahn şi Fromm (1992, p. 394) au scos în evidenţă faptul că „la fel cum profunzimea fluctuează pe durata transei, aşa se întâmplă şi cu nivelele relative ale sinelui *versus* celălalt care sunt implicate". Un terapeut permisiv poate folosi liniştea din timpul transei pentru a spori gândurile particulare ale pacientului, fanteziile şi autosugestiile. Totuşi, modelul autoritar de terapeut, care furnizează încontinuu sugestii hipnotice, mută aproape în întregime experienţa pacientului de la celălalt capăt iniţiat de terapeut al continuumului sine *versus* celălalt.

Relaţia dintre profunzimea hipnozei şi participarea eului

Pentru şi mai multe lămuriri, formulăm relaţia profunzimii transei cu diferite terapii, psihanalitice şi hipnoanalitice, în figura 7.1.

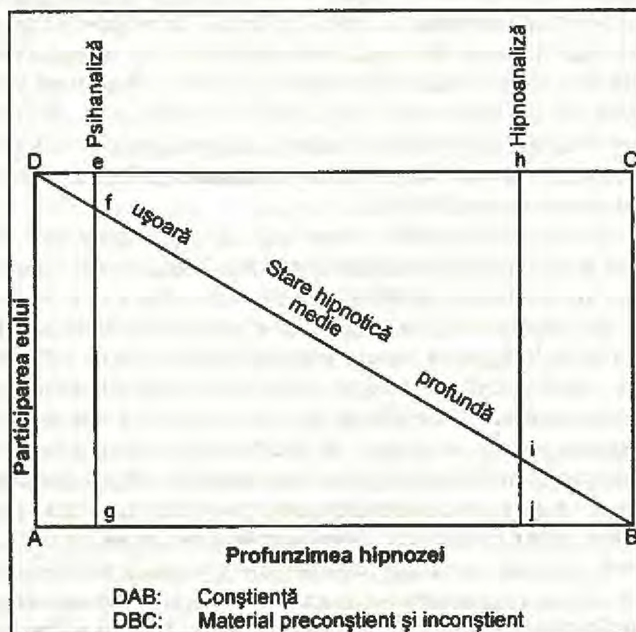


Figura 7.1. Relaţia profunzimii transei cu diverse terapii, psihanalitice şi hipnoanalitice

În dreptunghiul din figura 7.1, dimensiunea AB reprezintă profunzimea transei, pornind de la A, o stare complet alertă, până la B, cea mai profundă hipnoză posibilă. Asta ar putea reprezenta ceea ce Erickson (1952) a numit o „transă deplină". La unghiurile drepte poate fi descris gradul de participare al eului, cel puţin corelat, dacă nu identic din punct de vedere teoretic, cu factorul conştienţei. Pe măsură ce starea de hipnoză (reprezentată de zona DBC) creşte, starea conştientă, raportată la sine (reprezentată de zona DBA), scade. La poziţia AD, un individ este perfect alert, în contact complet cu lumea exterioară şi îşi păstrează toate facultăţile importante. Pe măsură ce o persoană se mişcă pe diagonala DB, prin inducţie şi proceduri de aprofundare, comportamentul şi percepţiile preiau tot mai mult caracteristicile tipice ale hipnozei. Contactul cu lumea exterioară (cu excepţia celui cu terapeutul) este retras treptat. Funcţiile critice scad pe măsură ce individul regresează la o formă primară de comportament şi gândire. Devin mai evidente mai întâi preconştientul, apoi inconştientul şi ideaţia proceselor primare. Teoretic, în punctul B, eul îşi încetează participarea, iar pacientul cade într-o stare comatoasă care, dacă ar fi vreodată atinsă complet, ar duce chiar la pierderea contactului cu terapeutul. Credem că în asemenea circumstanţe ar trebui să aşteptăm ca forţele naturale din interiorul pacientului să se schimbe într-un interval pornind de la câteva secunde până la, poate, 10-20 de minute, fapt ce ar restabili contactul cu realitatea.

Caracteristicile hipnozei foarte profunde

Într-o remarcabilă disertaţie de doctorat la Universitatea Stanford, Sherman (1971) a studiat participanţi care au fost plasaţi în stări de hipnoză foarte profunde, mult mai profunde decât cele care sunt asigurate în majoritatea şedinţelor de hipnoză terapeutică. Ei şi-au descris experienţele ca „a fi totul, a te simţi una cu toate, pierdere a cunoştinţei despre identitatea individuală" ; „nici un sine" ; „linişte mentală absolută, nici un fel de gânduri sau imagini". Potrivit lui Sherman, aceşti participanţi au „trecut dincolo" de toate acele tipare cognitive care definesc pe cineva ca persoană specifică şi separată de ceilalţi oameni şi de mediu. Ceea ce rămâne este conştienţa nediferenţiată – conştienţa de „a fi" pur şi simplu, prin care persoana

este identică tuturor lucrurilor din Univers. O astfel de stare pare să fie similară stării de *satori*, ţinta meditaţiei Zen (Watts, 1957). *Satori* are ca scop pierderea identităţii individuale şi contopirea completă cu Universul. Pare probabil ca acei călugări budişti care se autosechestrează pentru o meditaţie solitară pe termen lung în peşteri sau în alte locuri asemănătoare să poată, aşa cum o dovedesc diversele lor scrieri, să obţină stări similare, poate facilitând prin meditaţie acel tip de atenţie focalizată pe care îl implică cele mai profunde stări hipnotice. Sigur că acest lucru este în întregime o speculaţie până în momentul efectuării de cercetări controlate. Este totuşi o ipoteză fascinantă ce merită studiată de cercetătorul întreprinzător, care vrea să meargă dincolo de experimentele mondene.

Bărbaţii expuşi iernii din Antarctica au relatat deseori stări de fugă şi au dat dovadă de o creştere semnificativă a hipnotizabilităţii (A. Barabasz, 1980a). Cercetările experimentale controlate (A. Barabasz, 1982 ; Barabasz, Barabasz, Darakjy şi Warner, 2001) asupra efectelor produse de 6 ore de restricţie senzorială într-o cameră întunecată, izolată fonic au demonstrat şi ele creşteri ale punctajelor pe *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*. De asemenea, participanţii au fost capabili să-şi folosească acele creşteri ale hipnotizabilităţii pentru a obţine alinarea durerii.

Presupunem şi că aceasta este starea de percepţie la care ajung participanţii în punctul B al scalei noastre din figura 7.1. Totuşi, obţinerea unor astfel de nivele de profunzime este extrem de rară şi posibilă doar cu unele persoane, după o inducţie prelungită şi abilă. Pur şi simplu nu vedem asemenea stări în practica generală a hipnozei clinice. În experienţa noastră, nici un pacient nu a trecut vreodată complet de limitele comunicării.

Gestionarea unei persoane care opune rezistenţă la ieşirea de sub hipnoză

Nu trebuie să ne temem că participantul nostru va fi atât de adânc hipnotizat, încât nu-l vom mai putea aduce înapoi la starea normală. Ocazional, o persoană se va bucura atât de mult de liniştea stării hipnotice, încât trezirea va fi întru câtva lentă. De exemplu, să presupunem că am explicat că starea alertă va fi atinsă după numărătoarea inversă de la 10 la 1, dar ochii nu se deschid sau o fac foarte

încet. Am numărat până la 5, iar omul fie nu a deschis ochii, fie a făcut-o, dar foarte lent. Tot ce trebuie să facem este să-i sugerăm persoanei ceva de genul:

> Este chiar plăcut să te relaxezi în această stare confortabilă și mi-ar plăcea să poți rămâne în această poziție. Din păcate, vine cineva pe care trebuie să-l văd în ora următoare. Totuși, îți promit că putem repeta această experiență, dacă dorești, la ședința următoare. De ce nu ieși singur de sub hipnoză, în felul și în ritmul tău? Permițându-ți pur și simplu să continui să te simți foarte bine și numărând invers de la 10 la 1, la 5 îți poți lăsa ochii să se deschidă, iar când ajungi la 1 poți fi complet treaz și alert, reținând în același timp plăcerea acestei clipe. O să tac cât timp tu faci asta.

Nu am găsit niciodată un pacient care să nu răspundă acestei abordări. Nu e nici un motiv să te sperii sau să te alarmezi doar pentru că cineva răspunde oarecum mai lent la sugestiile de încheiere a hipnozei.

Înainte de a învăța această tehnică, eu (A.F.B.) m-am confruntat cu o dilemă interesantă. O persoană panicată m-a sunat la birou să-mi spună despre un „experiment de hipnoză care a luat-o razna". Un profesor de teatru de la un liceu și-a hipnotizat o elevă și „nu o mai putea scoate din starea aceea". La sosirea mea, elevei în transă i se acorda destulă atenție în timp ce stătea nemișcată pe fotoliu. Oamenii îi suflau în ochii închiși, băteau din palme și spuneau: „Te rog, trezește-te... te rog, te rog ieși din transă". Părea să se adâncească tot mai mult în hipnoză. Am golit complet camera de spectatori, dar am rămas la o distanță la care mă putea auzi. I-am explicat cu grijă profesorului ei de teatru: „Toată lumea știe că este imposibil să rămâi într-o transă hipnotică pe cont propriu, fără un terapeut prezent pentru a da sugestii". Urma pur și simplu să iasă de sub hipnoză în mod natural. Oamenii bine intenționați care încercau să o trezească de fapt ajutau la adâncirea stării ei de hipnoză. Ochii i s-au deschis încet și și-a cerut scuze spunând: „Probabil că am adormit". O lună mai târziu am aflat că eleva de 18 ani avea o relație cu profesorul de teatru. Avuseseră o ceartă cu doar câteva ore înainte ca el să o hipnotizeze și ea era încă furioasă pe el. E clar că s-a răzbunat controlându-l și cufundându-se tot mai mult în loc să se trezească din hipnoză.

Revenind la analiza figurii 7.1, se observă că linia EFG este trasată în partea stângă a figurii pentru a reprezenta starea tipică

psihanalizei în care pacientul este întins pe canapea, aflat astfel, probabil, într-o uşoară stare hipnoidă. I se spune să fie atent la asocierile interioare şi că îi va fi mai uşor să se concentreze asupra sinelui ignorând stimulii externi. Asta îl mută pe pacient spre interor de pe axa AD şi permite eliberarea (segmentului de linie EF) materialelor preconştiente şi a derivatelor inconştiente aşa cum sunt ele descrise de Freud (1900-1953). Există încă o mare parte a „sinelui" care pune accent pe eu, după cum o reprezintă segmentul FG.

În stările de hipnoză mai profunde, cum sunt cele folosite uneori în hipnoanaliză, este valabil contrariul. O mare parte din inconştient, şi poate din materialele proceselor primare, devine accesibilă aşa cum o arată segmentul HI. Totuşi, în acel moment există doar o minimă participare conştientă a eului, după cum măsoară scurtul segment IJ. Fără să ne dorim să mergem prea departe cu ipotezele în acest moment, ne putem întreba dacă evoluţia terapeutică mai mare în tratamentul analitic are loc în etapa EFG sau la nivelul HIJ. Se obţine o producţie mai mare atunci când există puţină materie primă (EF) şi o fabrică mare de procesare (FG) sau când există multă materie primă (HI) şi o fabrică relativ măruntă care o integrează şi o procesează (IJ)? De la astfel de speculaţii am putea ajunge la concluzia că acele condiţii optime pentru înlăturarea reprimărilor şi integrarea perspectivelor nou-descoperite într-o schimbare semnificativă de personalitate pot fi găsite fie în alternarea profunzimilor hipnotice, fie în stările de transă intermediare. Dintr-un asemenea punct de vedere, nici starea în care este făcută psihanaliza tradiţională, nici hipnoanaliza profundă nu reprezintă cele mai eficiente condiţii pentru manevrele terapeutice. Dar să lăsăm alte speculaţii pe aceste teme în seama cărţii noastre despre tehnicile hipnoanalitice şi să ne întoarcem la studiul procedurilor pentru măsurarea şi schimbarea profunzimii hipnotice.

Măsurarea profunzimii hipnotice

Profunzimea stării poate fi dedusă prin testarea capacităţii individului de a executa diferite sarcini (folosind, de exemplu, scala lui J. Watkins, 1949) ; asta implică întreruperea procedurii de adâncire. O abordare mai subiectivă poate fi încercată folosind o scală numerologică informală ale cărei coordonate au fost stabilite de terapeut.

Acest lucru poate fi valoros în special când pacientul a mai fost hipnotizat o dată şi vrem să ştim dacă este la fel de implicat ca la prima şedinţă, dacă este mai puţin implicat sau a ajuns la o stare şi mai profundă. Individul poate fi instruit după cum urmează:

> Să folosim cifra 0 pentru a reprezenta starea ta de spirit atunci când nu eşti hipnotizat, complet alert şi deloc implicat hipnotic. Nivelele 1 şi 2 indică o uşoară relaxare hipnotică. Să zicem că 10 reprezintă cea mai profundă stare la care ai ajuns vreodată prin hipnoză. Acum spune-mi, ce număr reprezintă nivelul tău actual de implicare?

Să zicem că omul spune „7". Poate fi continuată adâncirea, dacă se doreşte, pentru ca pacientul să fie adus cel puţin la aceeaşi profunzime de mai înainte. Pe măsură ce se lucrează în continuare cu pacientul, acesta poate ajunge până la noi adâncimi şi poate spune că acum se află la nivelele 12, 15 şi aşa mai departe. Sigur că o astfel de scală nu este validată; este subiectivă şi variază de la o persoană la alta. Cu toate acestea, îi oferă terapeutului o unitate de măsură utilă pentru estimarea nivelului la care se află pacientul în timpul procedurii de inducţie-adâncire. Pare să aibă o validitate internă pentru pacient.

Tehnici de adâncire

Manevrele hipnotice depind deseori de stare. Prin asta înţelegem că fiecare sugestie hipnotică ce este îndeplinită intensifică implicarea individului în proces, un bun motiv pentru a pune testul halucinaţiilor vizuale negative al SHSS: C la sfârşitul unei serii de itemi a căror dificultate creşte treptat. Pe de altă parte, sugestiile hipnotice care sunt administrate, dar nu sunt executate de pacient, pot avea un efect de diminuare sau, rareori, de finalizare a transei. Este deci important ca sugestiile să fie potrivite în timp şi date în mod sistematic de la cele simple la cele mai complexe. Nu se sugerează o halucinaţie posthipnotică înainte de a se fi obţinut răspunsuri uşoare, cum ar fi închiderea ochilor sau căderea braţului. Aşa cum se întâmplă de multe ori în viaţă, nimic nu reuşeşte mai bine ca reuşita. Când se trece printr-o ierarhie de sugestii pornind de la mişcări simple la modificări complexe ale percepţiei şi gândurilor, starea de hipnoză se adânceşte treptat. Fiecare sugestie executată cu succes uşurează

reuşita celei care urmează. Weitzenhoffer (1953) a numit acest fenomen *homoaction*. Aşadar, câtă vreme continuăm să administrăm sugestii, în special cu o dificultate şi complexitate care cresc puţin câte puţin, vom adânci transa.

Fracţionarea

Principiul adâncirii prin mişcare hipnotică a fost denumit „fracţionare" acum peste 100 de ani (Vogt, 1896). În cea mai simplă formă a lui, individul este hipnotizat, trezit, rehipnotizat, retrezit şi aşa mai departe. Pe măsură ce continuă mişcarea de intrare şi ieşire din transă, persoana tinde să se implice tot mai mult în starea hipnotică.

O folosire mai sistematică a acestui principiu, care poate fi aplicată după o inducţie iniţială, este următoarea:

> Când spun o cifră impară, cum ar fi 1, relaxează-te mai profund. Cufundă-te într-o stare mai adâncă. Totuşi, când spun o cifră pară, cum ar fi 2, fii puţin mai alert. Lasă-te să te trezeşti puţin. Dar imediat ce spun următoarea cifră impară, 3, adânceşte-te chiar mai mult decât înainte. Adânceşte-te tot mai mult şi continuă să te relaxezi şi mai profund, până când spun următoarea cifră pară, 4. [Continuă în felul acesta.] Adânceşte-te la 5. Apoi trezeşte-te un pic la 6. Din nou te cufunzi la 7. Şi te trezeşti, 8. În jos, 9. În sus, 10.

În acest moment pune un accent puternic pe cuvântul „jos" şi aşteaptă câteva secunde după fiecare sugestie „în jos". Spune „în sus, 10" mult mai încet şi treci aproape imediat la „în jos, 11". Acum continuă după cum urmează: „12-13", „14-15", „16-17", „18-19" şi aşa mai departe. Numărul par este spus rapid, cu voce joasă, iar numărul impar este articulat aproape imediat după aceea, este pronunţat tărăgănat şi cu o pauză după rostirea lui înainte de a se trece la următoarea pereche, „20-21". Această procedură poate fi continuată atâta vreme cât se consideră necesar pentru a adânci şi mai mult starea. Tehnica poate funcţiona prin implicarea şi distragerea proceselor conştiente, prevenind astfel în mod eficient interferenţa conştientă cu stabilirea transei.

Ziua de vară (o scenă a eliberării de orice distragere)

Să-l faci pe participant să vizualizeze o scenă foarte plăcută şi relaxantă poate fi deseori o metodă eficientă pentru obţinerea unei

mai mari profunzimi hipnotice. Un exemplu tipic al acestei abordări este următorul:

> Imaginează-ți că e o după-amiază caldă de vară și stai întins pe coasta înverzită a unui deal, la kilometri distanță de oricine sau orice te-ar putea deranja. Totul e extrem de calm. Iarba e moale și deasă. Sunt câțiva copaci în depărtare, dar peisajul e ca o pajiște acoperită cu iarbă deasă, verde și cu câteva flori sălbatice. E liniște, iar cerul e de un albastru intens, străbătut doar de câțiva nori ușori și pufoși. Soarele strălucește și te simți atât de liniștit, de relaxat, de sigur și confortabil, încât îți permiți să ațipești tot mai mult. E ca și cum singurul gând pe care îl ai este unul care ți se tot învârte în cap și spune: „relaxează-te mai adânc, relaxează-te mai adânc, relaxează-te mai adânc".

Terapeutul poate continua să descrie această scenă pe măsură ce pacientul e tot mai implicat în plăcuta fantezie.

Procedura senzației treptate de cald și greu

O altă tehnică de adâncire pe care terapeutul o poate adăuga, dacă dorește, acestei scene de vară este următoarea:

> O senzație de căldură și amorțeală este pe cale să se formeze pe fruntea ta, chiar deasupra ochilor. Acum începe să se răspândească spre vârful capului tău, de-a lungul feței și prin tot capul. Capul îți este cald și greu. E ca un val de căldură amorțită care ți se scurge în corp. Aduce cea mai plăcută senzație de greutate și relaxare. Acum coboară spre gât, iar gâtul tău devine greu. Îl îngreunezi. Greu, greu, greu. Această senzație de cald, amorțit și greu coboară acum prin umeri, spre brațele și mâinile tale. Parcă sunt ramurile unui trunchi de copac. Și acum această senzație de cald și greu îți trece prin corp spre piept și abdomen, iar trupul tău pare cald și greu. Senzația ți se scurge prin picioare, coapse, pulpe și în labele picioarelor, încep și ele să pară calde și amorțite și grele.

Această schemă poate fi repetată de mai multe ori. Unii terapeuți preferă ca senzația de căldură, amorțeală, greutate sau relaxare să pornească de la picioarele pacientului și să urce prin corp. Metoda despre care pacientul spune că îl face să reacționeze cel mai bine ar trebui să fie cea aleasă, după încercarea ei.

Procedura coborârii scărilor

Această tehnică combină vizualizarea cu mişcarea implicită. Implică şi imaginaţia tactilă şi chinestezică, şi conceptul mersului „în jos", având un final deschis, adică putând fi continuată atât timp cât este necesar. Verbalizarea poate fi una asemănătoare cu cea care urmează :

> Imaginează-ţi că tu şi eu stăm în capul unor scări uitându-ne în jos. Treptele sunt acoperite cu un covor moale de pluş de culoarea ta favorită. [Observă ocazia ca pacientul să aleagă.] Pe măsură ce continui să te uiţi în jos, treptele par să se estompeze într-un întuneric blând şi cald. Vom coborî aceste trepte în timp ce mâna îţi alunecă pe balustrada netedă din lemn masiv. Voi coborî cu tine şi voi număra treptele. Fiecare număr este un alt pas pe scara cu covor moale de pluş. Hai, coborâm, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Senzaţii de cald şi greu ţi se răspândesc în întreg corpul pe măsură ce picioarele ţi se cufundă în covorul moale, iar întunericul blând pluteşte în jurul tău tot mai mult cu fiecare treaptă. Să coborâm şi mai multe trepte împreună, trepte acoperite cu covor de pluş, în timp ce mâna ta alunecă pe balustrada netedă, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20.

Acest procedeu de adâncire este cu final deschis, iar terapeutul poate continua să numere treptele care coboară cu o repetare pentru întărirea imaginii covorului de pluş, a balustradei netede din lemn şi a diminuării luminii la fiecare aproximativ 10 trepte.

Tehnica scării rulante care coboară, cu sau fără respiraţie ritmată

Această versiune a tehnicii este din A. Barabasz (1977, pp. 168-169). Procedura este menită să reducă mişcarea implicită a celei de mai înainte în favoarea imaginaţiei chinestezice, unde conceptul de coborâre devine involuntar sau automat. Pentru unii pacienţi este percepută ca fiind mai uşoară şi mai sigură, securitatea paşilor nefiind o problemă. Această tehnică poate include metoda respiraţiei ritmate descrisă în inducţia următoare :

Verbalizarea este după cum urmează :

> Pur şi simplu relaxează-te cât poţi de mult, liniştindu-te acum complet [pauză]. Relaxându-te mereu tot mai mult, vreau să-ţi observi respiraţia, ascultând acum doar sunetul vocii mele ; observă că pe măsură

ce expiri devii tot mai confortabil relaxat [pauză]. De fiecare dată când expiri, întregul tău corp poate deveni tot mai profund relaxat, mai calm şi mai liniştit. Te linişteşti şi te relaxezi, apreciind valurile tot mai profunde de relaxare [pauză]. Te relaxezi mai mult şi eşti mai greu într-un fel confortabil, cald şi greu într-un fel confortabil. O senzaţie de relaxare pe măsură ce întreg corpul tău se linişteşte [pauză].

Acum, pentru a te ajuta să te relaxezi şi mai profund, chiar mai mult, vreau să te imaginezi stând în vârful unei scări rulante lungi, lungi, pur şi simplu privind treptele care coboară încet în faţa ta [pauză]. În timp ce urmăreşti treptele care coboară, observă că de fiecare dată când dai aerul afară, de fiecare dată când expiri, devii automat mai relaxat. Tot mai profund relaxat. Acum te relaxezi în timp ce te uiţi la scara rulantă mergând în jos, în jos, în jos [pauză]. Pe măsură ce urmăreşti scările coborând, te cufunzi şi tu mai adânc în relaxare, mai departe şi mai departe. Acum, imaginează-ţi că apuci în siguranţă balustrada scării rulante, păşeşti pe prima treaptă [pauză] şi acum cobori realmente pe scara rulantă. Pe măsură ce cobori pe scara rulantă e tot mai uşor să te adânceşti tot mai mult în relaxare. Acum mergi tot timpul mai adânc, şi mai adânc, pe măsură ce continui să mergi cu scara rulantă în jos tot mai departe, şi mai departe, şi mai departe [pauză]. O senzaţie plăcută de calm pe măsură ce mergi tot mai departe [pauză] spre nivele tot mai profunde de relaxare automată. Te laşi uşor în voia relaxării, liniştindu-te tot mai mult [pauză], nivele tot mai adânci de calm pe măsură ce continui să cobori cu scara rulantă.

Acum, în timp ce continui să te imaginezi coborând în siguranţă cu scara rulantă, te voi ajuta să ajungi la un calm şi mai profund, la un nivel mai profund de relaxare [pauză]. Devii tot mai relaxat de fiecare dată când expiri, voi număra de la 1 la 3 şi la 3 vreau să-ţi laşi muşchii să se deconecteze complet, dublându-ţi astfel actuala stare de relaxare [pauză]. Unu [pauză], 2 [pauză] şi 3. [Cele ce urmează ar trebui rostite mai ferm şi încrezător, dar ar trebui menţinut un ton blând, empatic şi neautoritar.] De două ori mai jos acum, de două ori mai relaxat, mai departe în jos acum şi mai departe [pauză]. Este mai uşor, şi mai uşor să devii tot mai complet relaxat, calm şi liniştit, tot mai complet liniştit. O senzaţie plăcută de greutate confortabilă pe măsură ce cobori până jos acum, până jos, o senzaţie plăcută, confortabilă, caldă, relaxată.

Observă numărul mare de factori implicaţi în această fantezie care facilitează procesul de adâncire. În primul rând este relaţia dintre terapeut şi participant („tu şi eu" stând şi după aceea coborând împreună). Apoi este covorul moale de pluş care îi permite participantului

să-şi aleagă culoarea favorită. Conceptul motor de „coborâre" sugerează, prin analogie, „coborârea" într-o stare hipnotică mai profundă. Întunericul crescând implică de asemenea o reducere progresivă a stimulilor externi. Repetiţia şi monotonia se adaugă efectului de adâncire.

Variaţiuni ale acestor abordări implică imagini în care indivizii coboară cu liftul într-o clădire înaltă sau coboară într-un puţ de mină în timp ce lumina de deasupra lor se estompează uşor-uşor. Câteodată cineva se poate arăta temător sau poate opune rezistenţă la coborârea pe scări. Poate că la o vârstă fragedă a căzut pe scările ce duceau spre pivniţă. Odată pregăteam (A.F.B.) o pacientă pentru desensibilizarea sistematică asistată hipnotic şi o echipasem cu captatorii conductibilităţii pielii, ritmului cardiac şi pulsului de la poligraful meu (cărora, în prezenţa pacientei, le spuneam „senzori"). Pe măsură ce continuam instrucţiunile privind scara rulantă, pacienta părea să fie calmă. Apoi, acele poligrafului aproape că au ieşit de pe hârtie, indicând o excitare a anxietăţii. Cu toate acestea, pacienta continua să pară calmă la exterior. Am întrebat: „O parte din tine pare tulburată?", după care am făcut o pauză. Mi-a explicat că, odată, şi-a prins tocul în treptele unei scări rulante, rupându-şi un picior. Nu a spus nimic în timpul inducţiei pentru că a „vrut să coopereze" şi a considerat că „eu ştiu cel mai bine". Ideea este că dacă aveţi îndoieli în legătură cu reacţiile unui pacient, pur şi simplu întrebaţi-l deschis. În astfel de cazuri, acelaşi efect de adâncire poate fi asigurat făcându-l să urce nişte scări spre o lumină crescândă, până când „pluteşte pe un nor".

Tehnica respiraţiei ritmate

Această procedură poate fi folosită în faza iniţială a tehnicii scării rulante care coboară sau poate fi utilizată de una singură. Observă respiraţia normală a pacientului şi spune: „Cu fiecare respiraţie vei fi tot mai calm, mai adânc şi mai adânc". Apoi repetă: „Un calm mai profund, un calm mai profund, un calm mai profund" încă o dată şi încă o dată, sincronizându-te cu fiecare expiraţie. Asta poate continua timp de câteva minute. Este esenţial să pui accentul mai degrabă pe respiraţia normală decât pe cea profundă. Respiraţia adâncă repetată poate duce la eliminarea unei cantităţi mari de dioxid de carbon şi poate produce hiperventilaţie. Hiperventilaţia duce rapid la amorţirea

degetelor, pierderea controlului asupra respirației voluntare și crize de tip epileptic în cazul persoanelor susceptibile la atacuri.

Metronomul

Aceeași metodă de ritmare poate fi utilizată folosind un metronom pe care îl găsești în magazinele specializate în vânzarea de instrumente muzicale. Stabilește viteza la aproximativ 60 de bătăi pe minut și apoi spune-i participantului: „Pe măsură ce auzi acest ticăit [sau această bătaie] te vei relaxa tot mai profund. E ca și cum ticăitul ți-ar spune «Relaxează-te mai profund. Calmează-te mai profund. Relaxează-te mai profund. Calmează-te mai profund»". Sincronizează-ți remarcele așa încât „mai profund" și „relaxează-te" sau „calmează-te" să coincidă fiecare cu câte un ticăit. Repetă „relaxează-te mai profund" de 10 ori sau mai multe în același timp cu metronomul. Apoi spune-i pacientului să continue să gândească „relaxează-te mai profund" sau „calmează-te mai profund" cu fiecare ticăit, astfel încât să se cufunde într-o stare tot mai adâncă. Nu trebuie spuse mai multe. Pacientul poate fi lăsat, de preferință, relaxat pe o canapea, să asculte metronomul timp de 30 de minute sau mai mult.

Ticăitul unor metronoame poate fi destul de puternic și poate distrage de la relaxarea profundă. În acest caz, așază metronomul cât mai departe posibil de pacient, în limitele cabinetului. Ocazional, am descoperit că pacientul, după ce a ascultat metronomul vreme îndelungată, intră într-un somn normal în locul celui hipnotic. Deși uneori pot fi date sugestii în timpul somnului normal pentru a-l transforma într-unul hipnotic, este preferabil să trezești pacientul și să începi din nou inducția.

Plutirea pe un nor

Cere-i pacientului să-și imagineze că plutește pe un nor moale și pufos. Senzația norului pufos care îl învelește ca o pătură mițoasă adâncește deseori starea prin încurajarea regresiei la fantezii infantile.

Învârtirea în nor

Uneori poate fi folosită o extensie a tehnicii plutirii pe un nor. Aceasta implică manipularea senzațiilor chinestezice și vestibulare. Se poate desfășura după cum urmează:

> Acum plutești pe un nor pufos la kilometri distanță de pământ. Poți vedea sub tine case și oameni mici și ai un puternic sentiment de forță și pace. Acum pare că te învârți de jur-împrejur în acel nor în așa fel încât mai întâi vezi pământul sub tine. Apoi te rotești pe spate, astfel încât acum este în spatele tău. Acum te întorci în așa fel încât este deasupra ta. Acum este în fața ta. Și continui să plutești pe spate, de jur-împrejur. Iar pământul continuă să se schimbe, fiind sub tine, în spatele tău, deasupra ta, în fața ta. Sub. În spate. Deasupra. În față. De jur-împrejur.

Această narațiune poate fi continuată o vreme, pe măsură ce indivizii simt cum se rotesc de jur-împrejur, orientându-se în funcție de locul în care se află pământul îndepărtat.

Fantezia roților care se învârt

Câțiva pacienți reacționează la această inducție intrând într-o stare foarte profundă. Ea se desfășoară după cum urmează:

> Te afli la țară, stai întins pe o coastă de deal înverzită. Observi în fața ta o roată mare și veche de căruță. E atât de aproape și atât de mare, încât mai are puțin și îți umple tot câmpul vizual. Pe măsură ce te uiți fix la ea, vezi foarte bine butucul uriaș, spițele groase din lemn de stejar și obada de fier din jurul marginii exterioare. Dacă te uiți mai îndeaproape la această obadă de fier, vei observa că pe ea se află mici puncte de lumină, ca și cum ar fi niște becuri mărunte. De fapt, sunt șapte astfel de puncte de lumină la distanțe egale unul de altul, de jur-împrejurul obezii roții. Uită-te la fiecare dintre ele. Primul. Al doilea. Al treilea. Al patrulea. Al cincilea. Al șaselea. Și al șaptelea. Acum concentrează-ți privirea pe cel de-al șaptelea mic punct de lumină de pe obada roții. Pe măsură ce te uiți fix la el, roata începe să se învârtă încet. Se învârte încet, de jur-împrejur, și tu continui să-ți concentrezi privirea pe acel al șaptelea punct de lumină în timp ce el se mișcă odată cu roata de jur-împrejur, de jur-împrejur. Parcă se aude o voce care vine și ea dinspre roată și care tot spune, încă o dată și încă o dată: „mai adânc, mai adânc, mai adânc". Și pe măsură ce roata se învârte, iar tu urmărești cu privirea acel al șaptelea punct de lumină, el merge de jur-împrejur, iar vocea continuă să spună „mai adânc, mai adânc, mai adânc". De jur-împrejur, de jur-împrejur. Mai adânc, mai adânc, mai adânc.
>
> Acum începi să observi că roata se învârte tot mai repede. Merge de jur-împrejur, de jur-împrejur, iar vocea tot spune „mai adânc, mai adânc, mai adânc". Îți este tot mai greu să te concentrezi pe cea de-a șaptea

lumină de pe acea roată care se învârte, care merge de jur-împrejur, de jur-împrejur, cu vocea care spune „mai adânc, mai adânc, mai adânc ! ".

Şi acum spiţele încep să devină neclare, pentru că roata se învârteşte atât de repede de jur-împrejur, de jur-împrejur. Şi cu greu mai reuşeşti să te concentrezi pe cel de-al şaptelea punct de lumină. De fapt, acum se roteşte atât de repete, încât toate cele şapte lumini se contopesc într-un inel arzător de lumină în jurul obezii roţii care se învârte de jur-împrejur, de jur-împrejur. Iar vocea din ea spune „mai adânc, mai adânc, mai adânc".

Şi acum pare că te retragi încet din faţa roţii sau că ea se îndepărtează de tine şi poţi vedea o a doua roată care se învârte intrând în raza ta vizuală. Acum sunt două roţi care se învârt, cu inele arzătoare de lumină în jurul marginilor lor, învârtindu-se de jur-împrejur, de jur-împrejur. Şi două voci spun : „mai adânc, mai adânc, mai adânc".

Iar roţile sunt acum tot mai mici pe măsură ce se îndepărtează de tine, în aşa fel încât o a treia roată care se învârte, încercuită de un inel arzător de lumină, intră în raza ta vizuală. Acum sunt trei roţi care se învârt de jur-împrejur, de jur-împrejur şi trei voci spun : „mai adânc, mai adânc, mai adânc".

Şi continuă să se îndepărteze de tine, astfel încât o a patra, apoi o a cincea şi pe urmă o a şasea roată intră în raza ta vizuală. Şase roţi care se învârt de jur-împrejur, de jur-împrejur şi o jumătate de duzină de voci spun blând : „mai adânc, mai adânc, mai adânc".

Pe măsură ce se îndepărtează de tine, tot mai multe roţi intră în raza vizuală, 7, 8, 9, 10, 11, 12 inele arzătoare care se învârt şi o duzină de voci care spun foarte blând : „mai adânc, mai adânc, mai adânc."

Şi acum se îndepărtează atât de mult în spaţiu, încât pare că o sută de mici roţi de lumină care se învârt merg de jur-împrejur, de jur-împrejur, la kilometri distanţă de tine, iar sute de voci mărunte şoptesc blând : „mai adânc, mai adânc, mai adânc, mai adânc, mai adânc".

Iar micile inele de lumină se estompează încet şi vocile care şoptesc sunt acum atât de blânde, încât abia dacă le poţi auzi spunând : „mai adânc, mai adânc, mai adânc, mai adânc". Şi, în sfârşit, toată lumina a dispărut, toate vocile au dispărut şi nu a rămas nimic decât un întuneric blând şi cald care umple întreaga lume şi te simţi profund împăcat cu întregul Univers.

Pe măsură ce pacientului i se spune povestea, vocea terapeutului se schimbă treptat. Mai întâi, în timp ce descrie roata care începe să se învârtă, glasul îi este puternic, dar lent. Pe măsură ce apar mai multe roţi, ritmul de vorbire şi numărul de cuvinte pe minut ar trebui să crească treptat : „de jur-împrejur, de jur-împrejur". Apoi vocea terapeutului se înmoaie până când, la sfârşit, spune „mai adânc, mai adânc, mai adânc, mai adânc" foarte rapid, dar foarte blând.

În final, fantezia se încheie cu un „întuneric blând şi cald" destul de asemănător cu originile vieţii noastre în pântece. Aceste tehnici pot deseori să-l ducă pe pacient într-o profundă regresie hipnotică.

De remarcat că unii indivizi nu pot reacţiona deloc la această fantezie. Alţii spun că au fost deranjaţi de dezvoltarea lentă a ei. Ca de fiecare dată, verifică reacţiile pacienţilor înainte ca alertarea să fie completă. Un număr mic, dar semnificativ de pacienţi intră într-o stare atât de profundă, încât după aproximativ a treia roată devin complet amnezici cu privire la evenimentele următoare.

Diverse proceduri de adâncire

Pe măsură ce începi să rezonezi cu pacientul tău pe durata mai multor şedinţe, numeroase alte fantezii pot ieşi la lumină şi pot deveni utile în facilitarea unor nivele mai profunde de hipnoză. Comunică încrezător şi confortabil cu pacientul tău. Protocoalele standardizate sunt doar o poartă spre nivele mai adânci ale răspunsului hipnotic. Unii indivizi sunt purtaţi într-o stare profundă de simpla ascultare a muzicii lor preferate în timpul halucinării. Alţii sunt influenţaţi de citirea în imaginaţie a unor poeme frumoase sau de admirarea unor tablouri halucinate superbe. Oamenii tind să răspundă când este folosită modalitatea cea mai naturală pentru ei – vizuală, auditivă, chinestezică sau motorie. Terapeutul învaţă să-şi adapteze descrierile la nevoile fiecărui individ sau pacient. În general, sugestiile hipnotice tind să se construiască una pe cealaltă. Este ceea ce se numeşte *homoaction*. Participantul devine tot mai implicat în fantezia hipnotică şi, treptat, îşi separă percepţiile de realitatea exterioară sau alte preocupări interioare. Cele imaginate devin reale, iar pentru moment, existenţa este în acea stranie stare de conştienţă pe care o numim transă hipnotică[2].

Note

1. Materialele descoperite şi aduse în conştient pot reprezenta interpretări ale unui eveniment real. Hipnoza nu este un ser al adevărului.
2. Este aproape imposibil de stabilit un set standardizat de inducţii şi tehnici de adâncire care să fie citite de un asistent de cercetare (sau înregistrate) pentru fiecare participant dintr-un grup de cercetare. Mulţi experimentalişti nici nu încearcă, şi de aceea majoritatea cercetărilor experimentale din domeniul hipnozei nu implică nivele hipnotice profunde.

CAPITOLUL 8

Placebo, sugestia hipnotică și hipnoterapeutul

Orice vânzător bun știe să folosească sugestia. Profesioniștii vindecării îi spun „placebo". Vânzătorii și terapeuții au multe în comun, ambele categorii încercând să influențeze comportamentul uman. De fapt, sugestia sau efectul placebo par să fie cele mai frecvente forme de terapie folosite vreodată dacă luăm în considerare utilizarea lor de-a lungul epocilor istorice, în toate culturile, civilizate sau primitive. Așa cum a remarcat Kirsch (2002), placebo sunt substanțe sau proceduri medicale inerte din punct de vedere fizic, aparent identice cu o procedură farmaceutică sau medicală ce este testată. Ele sunt folosite pentru a determina efectele psihologice ale administrării unui anumit tratament pentru o boală. Efectele placebo sunt efectele atribuite unui placebo[1]. Acestea operează în cadrul fiecărui tip de intervenție terapeutică. Chiar și în psihanaliză, factorul placebo sugestiv operează concomitent cu interpretările și intuiția. Oamenii își schimbă deseori comportamentul, sentimentele, atitudinile și simptomele când o persoană prestigioasă și respectată le spune să facă asta. Kirsch (2002) ne-a amintit că este greu să extinzi testele efectelor placebo în cazul psihoterapiei, pentru că toate aceste efecte ale psihoterapiei sunt datorate proprietăților psihologice ale tratamentului, așadar, „nu e nimic de controlat". În acest moment este important de ținut minte că hipnoza nu este psihoterapie, ci mai degrabă o stare psihologică ce poate fi indusă sau experimentată spontan. Astfel, acele efecte ce pot fi justificate mai bine prin placebo decât prin hipnoză pot – și ar trebui – să fie justificate astfel.

Unul dintre obstacolele importante cu care se confruntă companiile producătoare de medicamente în încercarea de a obține aprobarea

unui nou medicament din partea Federal Drug Administration (FDA) este acela de a demonstra, prin cercetări experimentale controlate, că presupusele efecte ale medicamentului sunt într-adevăr mai mari decât cele ale sugestiei sau placebo-ului. Curios, câţiva dintre colegii noştri implicaţi în practicarea şi cercetarea hipnozei par să nu ştie că hipnoza a fost supusă unor teste riguroase similare celor care li se cer companiilor farmaceutice. Într-adevăr, o minoritate substanţială a stimaţilor noştri colegi par să continue să echivaleze pur şi simplu hipnoza cu efectul placebo. Asemenea unui medicament care primeşte aprobarea FDA, hipnoza a dovedit că poate produce efecte semnificativ mai mari decât placebo.

Hipnoza şi sugestia hipnotică *versus* sugestie sau placebo

Regretatul Campbell Perry (2004) a explicat că răspunsul la placebo este probabil cel mai bun indicator posibil al sugestibilităţii, pentru că orice răspuns la o substanţă inertă din punct de vedere farmaceutic trebuie să fie iscat de proprietăţile sugestive ale acestuia şi de prestigiul sau credibilitatea persoanei care îl prescrie. Evident că testarea hipnozei la durerea indusă experimental faţă de efectul unei pastile placebo este cu adevărat severă pentru efectele hipnozei. Deşi numeroase demonstraţii ale folosirii hipnozei ca substitut pentru anestezie în timpul unor intervenţii chirurgicale majore nedureroase pentru pacient includ mii de cazuri pe durata unei lungi perioade din istorie (vezi, de exemplu, Esdaile, 1957 ; Marmer, 1959 ; Meares, 1961). În prefaţa cărţii lui Lillian Frederick (2001) despre hipnoză în chirurgie şi anesteziologie, doctorul în medicină Dabney Ewin de la Universitatea Tulane, profesor de chirurgie şi psihiatrie, a scos în evidenţă trecerea în revistă făcută de Magaw (1906) a peste 14.000 de anestezii consecutive făcute la Clinica Mayo folosind hipnoza în intervenţii chirurgicale majore. Totuşi, cercetările experimentale controlate încă nu fuseseră făcute.

McGlashan, Evans şi Orne (1969) au analizat deosebirile dintre analgezia hipnotică în cazul indivizilor puţin şi foarte hipnotizabili atât în contextul hipnozei, cât şi în cel al sugestiei-placebo. Doar persoanele foarte hipnotizabile aflate într-o stare de hipnoză profundă au obţinut o alinare semnificativă a durerii. Mai mult, cei foarte

hipnotizabili au dovedit o uşoară creştere a durerii în cazul placebo. Concluzia este că, aşa cum a afirmat Perry (2004), „acest studiu demonstrează, fără echivoc, că hipnoza este altceva decât sugestibilitate ; altfel, cei foarte hipnotizabili ar fi obţinut alinarea durerii din placebo comparativ cu ceea ce au resimţit în hipnoză".

Această descoperire, aparent trecută cu vederea de cei care încă mai susţin credinţa nefondată că hipnoza poate fi echivalată cu sugestia sau placebo, a fost replicată de adeptul influenţei sociale (al teoriei sociocognitive) Nick Spanos (Spanos, Perlini şi Robertson, 1989), deşi aceeaşi ipoteză a fost testată într-o manieră foarte diferită.

Studiul lui McGlashan *et al.* (1969) rămâne unic până în ziua de azi. Este un exemplu clasic de proiect şi selecţie a participanţilor făcute cu rigurozitate folosind *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*, Formele A şi C (SHSS : A, respectiv SHSS : C) şi două evaluări clinice. Atente controale exhaustive au fost folosite pentru a asigura că participanţii puţin hipnotizabili au avut parte de toate bazele legitime şi înşelătoare pentru a se aştepta ca hipnoza să atenueze durerea, iar influenţa socială persuasivă a asigurat că pacienţii puţin şi foarte hipnotizabili se aşteaptă ca medicamentul placebo să fie chiar mai puternic decât hipnoza. De exemplu, ca parte a influenţei sociale ce a fost utilizată pentru a-i convinge pe participanţi că placebo era un medicament puternic, s-a făcut un examen fiziologic, iar participanţii nu au fost scoşi de sub administrarea medicamentului decât atunci când au fost „liberi de orice efecte secundare". Contextul analgeziei placebo a inclus furnizarea de informaţii participanţilor privind farmacologia analgeziei şi pastila ce era folosită. Virtuţile acesteia au fost lăudate ca fiind superioare analgeziei hipnotice. S-a explicat că puternicul medicament era utilizat ca standard pentru măsurarea eficacităţii hipnozei pentru că era mult mai stabil, reproductibil şi uniform mai eficient decât hipnoza în alinarea durerii. Participanţilor li s-a spus că medicamentul era un nou analgezic experimental, puternic, ambalat încă în capsule Darvon pentru uşurinţă, nefiind încă disponibil pe piaţă. Asistentul care i-a programat aleatoriu pe participanţi pentru „Darvon" sau „Placebo" nu a ştiut că ambele seturi de capsule conţineau placebo.

Contextul hipnotic trebuia să fie şi el la fel de plauzibil pentru participanţii puţin hipnotizabili care îndepliniseră şi criteriile studiului din punctul de vedere al punctajelor privind hipnotizabilitatea aflate chiar la baza *Scalei Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*. Perry (2004)

şi-a analizat rolul în pregătirea participanţilor puţin hipnotizabili. Lui i s-a dat sarcina de a-i face pe cei nehipnotizabili să creadă cu tărie că pot obţine alinarea durerii prin hipnoză. Ingenios, el le-a administrat un şoc electric la nivelul mâinilor şi le-a explicat că acesta este gradul de şoc pe care îl vor avea după hipnoza analgezică. Pentru a-i determina pe participanţii puţin hipnotizabili să creadă că pot răspunde la hipnoză, Perry le-a administrat şocul, care era cu 50% mai puţin intens decât cel de mai înainte, după ce aceştia au fost expuşi instrucţiunilor hipnotice de relaxare profundă. Spre marea uimire a lui Perry, toţi participanţii, cu excepţia unuia (participanţi nehipnotizabili care nu avuseseră nici cea mai mică mişcare a mâinii în testul ridicării braţului şi care aveau punctaje mici pe *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*), au fost foarte convinşi că au reuşit în sfârşit să experimenteze hipnoza.

Participanţii puţin hipnotizabili au fost influenţaţi social şi puternic motivaţi să se aştepte ca hipnoza să reuşească analgezia. Au fost multe alte controale foarte atent implementate. În sfârşit, participanţii au fost gata pentru experiment, care a dovedit fără echivoc că efectele hipnozei pot fi obţinute doar de oamenii hipnotizabili şi că ele sunt mult mai mari decât cele ce pot fi obţinute prin sugestie sau placebo. Descoperirea a fost testată încă o dată de Spanos *et al.* (1989) şi complet susţinută.

Când este potrivită hipnoterapia sugestivă

În unele tratamente psihologice se fac mari eforturi pentru eliminarea sau minimizarea efectelor sugestiei. Totuşi, dacă principalul nostru scop este schimbarea constructivă a pacientului, sugestia terapeutică, în sau în afara contextului hipnotic, este o tactică potrivită cu condiţia ca ea să:

1. elimine simptomele sau să îmbunătăţească starea pacientului;
2. aibă succes în menţinerea câştigurilor terapeutice;
3. fie efectuată fără grăbirea vreunui alt echivalent sau unei alte substituţii simptomatice la fel de severe.

În multe cazuri poate fi tratamentul preferat datorită simplităţii şi rapidităţii ei, chiar dacă acelaşi rezultat ar fi putut fi obţinut prin alte tehnici psihologice mai complexe.

Critici la adresa hipnoterapiei sugestive

Există o tendinţă, în special în cercurile psihanalitice, de a minimaliza efectele sugestiei hipnotice ca fiind superficiale, cu rezultate doar temporare şi poate chiar cu unele efecte vătămătoare şi de a susţine că anxietatea sau formarea de simptome înlocuitoare poate fi o consecinţă de aşteptat. De obicei, aceşti practicieni argumentează că doar o rezolvare a conflictelor de bază aflate în spatele tulburării psihogene va duce la o înlăturare permanentă şi completă a simptomelor. Acest punct de vedere a fost afirmat de Sigmund Freud (1935) şi de fiica lui, Anna Freud (1946). Potenţialul sugestiei de a schimba funcţionarea fizică şi psihologică este atât de puternic stabilit, încât cercetările asupra eficacităţii noilor proceduri terapeutice – farmaceutice sau de altă natură – necesită tipare foarte sofisticate pentru a elimina factorul sugestiv ca ingredient semnificativ.

Există puţine controverse privind efectul direct al sugestiei hipnotice asupra funcţionării fiziologice, cu excepţia îndoielilor multor sceptici din domeniul medical care nu cred că o abordare pur psihologică poate influenţa stări la fel de reale ca durerea, cea „provocată" organic de o leziune cunoscută sau că procesele fiziologice pot fi schimbate semnificativ printr-o intervenţie psihologică. Literatura de azi care arată efectul variabilelor psihologice asupra funcţiilor fiziologice este, în momentul de faţă, pur şi simplu mult prea impresionantă pentru a fi combătută. Totuşi, sunt necesare studii pentru a determina acele procese organice care sunt cele mai receptive şi pe cele care sunt rezistente la intervenţia psihologică. Surprinzătoare este imensa lipsă de cunoaştere în rândul medicilor nonpsihiatri privind contribuţia semnificativă la terapia problemelor medicale organice pe care o poate avea sugestia hipnotică.

Personalitatea hipnoterapeutului

Hipnoza este o intensă relaţie doctor-pacient şi o stare de conştienţă modificată. Calificările terapeutului, experienţa, încrederea şi prestigiul acestuia pot ajuta în a-i oferi pacientului siguranţa şi încrederea de care are nevoie pentru a intra în starea de hipnoză cu o profunzime suficientă pentru schimbarea psihoterapeutică.

Am discutat deja uşurinţa cu care hipnoza poate fi indusă unor indivizi de hipnoterapeuţi care au experienţa ce le conferă un statut în domeniu în comparaţie cu rezultatele obţinute de alţii care nu sunt atât de respectaţi. Dacă pacientul nu crede că „doctorul"[2] are cunoaştere şi putere, probabil va dovedi o mică schimbare la nivelul simptomelor ca răspuns la sugestiile hipnotice, chiar dacă a fost atins un grad semnificativ de transă. Desigur, prestigiul poate depinde de mulţi factori. Unii practicieni cred că este obţinut printr-o sală de aşteptare generos mobilată sau cu multe diplome pe pereţi, printr-o reputaţie în comunitate sau prin cererea de onorarii mari. Fără îndoială că toate acestea influenţează aşteptările pacientului privind succesul şi, astfel, probabilitatea unui rezultat terapeutic pozitiv.

Cu mulţi ani în urmă, am primit (J.G.W.) un telefon de la o femeie dintr-un oraş învecinat care spunea că mi-a citit cartea *Hypnotherapy of War Neuroses* (J. Watkins, 1949) şi că va veni în comunitatea mea. Mi-a solicitat – de fapt a insistat pentru – o întâlnire imediată. Pentru că atunci aveam doar un cabinet privat cu jumătate de normă, am putut să mă văd cu ea chiar a doua zi.

S-a năpustit în camera mea de consultaţii şi a început numaidecât să descrie o tulburare care, credea ea, putea fi înlăturată prin sugestie hipnotică. La finalul şedinţei noastre şi-a scos carnetul de cecuri şi m-a întrebat: „Cât vă datorez?". Fiind relativ nesigur de eficienţa tratamentului, dar oarecum impresionat de evidenta ei bunăstare, am menţionat o sumă uşor mai mare decât taxa obişnuită, dar totuşi relativ modestă. A scris cecul, mi l-a întins cu un dispreţ total şi a spus: „Hm! Câştig mai mult în 5 minute". Mă îndoiesc serios că sugestiile pe care i le-am dat au avut vreun beneficiu semnificativ. Suprataxarea poate afecta o relaţie terapeutică, la fel cum subtaxarea poate strica imaginea profesională a cuiva.

Deşi factori cum ar fi taxele, mobila din birou, diplomele şi aşa mai departe adaugă ceva la imaginea celui care practică hipnoza, şi mai semnificativă este abilitatea de a rezona cu nevoile pacientului şi de a administra empatic sugestii înţelegând motivaţiile acestuia. Hainele scumpe, taxele mari şi un birou într-o zonă prestigioasă nu pot lua locul sensibilităţii, al sofisticării psihologice şi al experienţei.

Unul dintre cei mai semnificativi factori care tind să crească probabilitatea ca sugestiile hipnotice să fie îndeplinite este încrederea pe care o afişează doctorul. Terapeutul care este ezitant şi administrează sugestii cu o voce slabă sau şovăitoare îi va transmite această

nesiguranţă şi pacientului. Dacă terapeutul nu crede în procedurile hipnotice, probabil le va insufla îndoiala pacienţilor. Practicantul de succes al hipnoterapiei care nu numai că este convins de eficacitatea hipnozei clinice, dar este şi sigur că poate reuşi să inducă starea hipnotică şi sugestiile hipnotice (cel puţin pe cele mai multe dintre ele) va avea pare de un răspuns pe măsură din partea pacientului.

La început, cel mai bine este să lucrezi cu pacienţi care au o capacitate hipnotică substanţială şi care au o atitudine de acceptare cu privire la metodă. Evident că terapeutul trebuie să ştie că poate hipnotiza. Asta nu înseamnă că el nu recunoaşte că va eşua în cazul unor persoane, dar înseamnă că terapeutul nu trebuie să aibă o atitudine de genul „nu sunt sigur că o pot face". Această credinţă a terapeutului este fatală pentru succesul lui. El devine un terapeut negativ pentru el însuşi şi printr-o astfel de convingere sugerează, pe ascuns, eşecul. Pacienţii hipnotici sunt sensibil în special la atitudinile şi credinţele tainice ale doctorilor lor. Aşadar, problema pe care o au deseori începătorii în domeniu nu este că nu reuşesc să înveţe tehnicile, ci este una privind propria încredere. Terapeuţii care sunt sceptici cu privire la hipnoză ca fenomen real vor fi, de asemenea, dezavantajaţi în munca lor. Atributul sceptic din spatele terapeutului este pe ascuns (de multe ori inconştient) transmis pacientului. Astfel, terapeutul va avea mari dificultăţi în a induce o stare hipnotică reală.

În timpul unei perioade în care am lucrat (J.G.W.) în analiză, am întâmpinat mari greutăţi în hipnotizarea pacienţilor care îmi erau trimişi. „Părintele" meu psihanalitic nu erá de acord cu hipnoza şi, în ciuda excelentei intuiţii pe care m-a ajutat să o obţin şi a abilităţilor sale ca unul dintre vechii maeştri recunoscuţi în domeniu, mi-a transmis subtil dezacordul lui privind hipnoza – unul pe care îl căpătase când era pregătit personal de Freud. Drept urmare, în timpul acelor ani m-am trezit incapabil să tratez cu succes prin intermediul hipnoterapiei mulţi pacienţi trimişi la mine, chiar dacă la acea vreme scrisesem deja o carte şi mai multe lucrări şi obţinusem o oarecare recunoaştere în domeniu. Mai târziu, interesul meu pentru dezvoltarea hipnoanalizei prin integrarea perspectivelor psihanalitice cu experienţa mea hipnotică mi-a permis să depăşesc această inhibiţie temporară şi să-mi reiau practicarea eficientă a hipnoterapiei. Prin toate acestea vreau să subliniez că dacă ai dificultăţi la începutul lucrului cu hipnoterapia, problema poate sta în experienţa fără succes

adecvat, care poate fi corectată prin lucrul cu pacienţi buni sub supravegherea unui hipnoterapeut experimentat sau prin rezolvarea acestor blocaje inconştiente care pot funcţiona ca nişte contramotivaţii.

Nu toţi medicii descoperă că sunt potriviţi pentru practicarea hipnoterapiei. Uneori, ne întâlnim cu foşti studenţi care ne spun că nu s-au simţit niciodată în largul lor folosind hipnoza şi că acum nu o folosesc. Totuşi, ei spun de obicei că pregătirea în domeniu le-a sporit înţelegerea stărilor psihosomatice, respectul pentru relaţia doctor-pacient şi recunoaşterea importanţei proceselor inconştiente în determinarea comportamentelor şi simptomelor.

Uneori, continuarea studiilor în domeniu poate corecta blocajele anterioare. Un psihiatru care a participat la unul din atelierele mele (J.G.W.) de hipnoterapie la facultatea ei de medicină a revenit pentru a urma un curs mai extins pe care îl predam la o altă universitate vreo 12 ani mai târziu. A spus că rareori a folosit hipnoza după primul ei contact cu ea, dar după următorul curs a început să utilizeze frecvent şi cu succes hipnoterapia în cabinetul ei.

Asemănător, o internistă cu atestat a participat la unul dintre atelierele mele (A.F.B.) despre hipnoză şi la ambele cursuri dedicate studenţilor din ultimul an despre hipnoză şi terapie, dar tot nu a început să se bucure de încrederea de care avea nevoie pentru a o include în practicile ei până când nu a urmat din nou ambele cursuri. Acum relatează că foloseşte hipnoza în cabinetul ei aproape zilnic, dar încă este uimită de cât de bine răspund pacienţii ei.

Credinţa că hipnoza poate fi, în multe cazuri, eficientă şi permanentă este esenţială pentru practicianul care vrea să folosească această metodă cu succes. Freud a afirmat că a renunţat la folosirea hipnozei pentru că îşi pierduse speranţa de a obţine o vindecare permanentă prin intermediul ei. Totuşi, există dovezi considerabile (Kline, 1958) că adevăratul motiv a fost că era un slab terapeut şi că nu obţinea relaţia interpersonală apropiată dintre un hipnoterapeut bun şi pacient. De fapt, a spus că îşi aşeza pacienţii pe canapea pentru că nu îi plăcea să stea cu faţa la ei şi să-i privească în ochi.

Obiecţii psihanalitice la hipnoză

Obiecţiile la hipnoză verbalizate de psihanalişti includ, în principal, următoarele :

1. Rezultatele sunt temporare.
2. Eul este ocolit. Sugestiile hipnotice şi perspectivele obţinute prin sugestie hipnotică nu sunt raportate la eu şi integrate.
3. Cauzele dinamice din spatele simptomelor externe (şi, desigur, aici vorbim despre simptome psihogene, nu organice) nu sunt rezolvate. Curând conflictele latente iniţiază o revenire a simptomelor sau un echivalent al acestora (Meldman, 1960).

Deşi cercetătorii au dovedit că aceste obiecţii sunt invalide, prestigiul fondatorului psihanalizei este atât de mare, încât scriitorii din domeniul psihanalizei (Blanck şi Blanck, 1974) continuă să evoce aceleaşi critici, aparent fără să ştie nimic despre cercetările şi literatura care le contrazic.

Motive psihodinamice pentru care tratamentul prin hipnoză poate avea succes permanent

Când ne confruntăm cu impactul direct al sugestiilor asupra stărilor psihice nu trebuie să ne preocupe această controversă, dar în beneficiul psihiatrilor şi psihologilor orientaţi spre dinamism trebuie să scoatem în evidenţă câteva analize raţionale întemeiate privind motivele pentru care înlăturarea simptomelor prin intermediul hipnozei este permanentă, deşi nu e neapărat aşa întotdeauna.

În primul rând, multe simptome de cauze psihogene continuă să-i afecteze pe indivizi după ce conflictul original, care a iniţiat problema, nu mai este prezent. Asta din pricina menţinerii lor prin câştig secundar (întărire). Să luăm în calcul cazul unui bărbat care a căpătat un şchiopătat isteric din pricina furiei reprimate la adresa soacrei lui, pe care trebuie să o ţină în casă. Persoana care îl deranja a murit, dar simptomele continuă să existe, pentru că soţia lui, plină de înţelegere, l-a răsfăţat ani de zile: „Ştiu că ai avut o zi grea la muncă, dragule, şi că piciorul ţi-a dat bătăi de cap. Aşază-te aici pe fotoliu şi lasă-mă să-ţi pregătesc băutura ta preferată". Nu e de mirare că şchiopătatul continuă. Dar adevăratul conflict psihologic care i-a marcat începutul nu mai există, iar forţa pentru continuarea lui nu mai este atât de mare. Resentimentele lui la adresa soacrei s-au risipit cu mult timp în urmă. Aşadar, astfel de pacienţi pot răspunde destul de bine la una sau două şedinţe de hipnoterapie în

care văd că nu mai trebuie să suporte inconvenientele simptomului. De exemplu, înţelegerea acestui bărbat va fi întărită dacă, în urma renunţării la simptom, grija afectuoasă a nevestei pentru mulţumirea lui nu scade. Fără îndoială, mulţi pacienţi au simptome de natură isterică mult după ce justificarea psihodinamică a existenţei acestora a dispărut, pur şi simplu din cauza întăririlor secundare pe care le primesc. Hipnoza este tratamentul preferat în astfel de situaţii.

În al doilea rând, simptomele psihogene, care încă mai au o motivaţie dinamică a existenţei lor, pot fi eliminate temporar prin hipnoză. Nu e obligatoriu ca ele să revină, pentru că schimbarea produsă în viaţa individului de încetarea acestor simptome iniţiază un nou sistem motivaţional care le ţine sub control. Acum lumea întăreşte pierderea simptomelor persoanei.

Să luăm cazul unei femei obeze care a dezvoltat obiceiul de a mânca prea mult din cauza resentimentelor ei la adresa soţului care o neglijează. Poate că a devenit atât de preocupat de slujba lui, încât îşi petrece tot timpul liber departe de casă, implicat în afaceri. Pe măsură ce soţia lui şi-a pierdut silueta, el a devenit şi mai puţin interesat de ea. Astfel, cei doi sunt prinşi într-o relaţie reciproc distructivă. Cu cât el e plecat mai mult de acasă, cu atât ea mănâncă şi se îngraşă mai mult. Cu cât ea devine mai grasă, cu atât el este mai puţin interesat de ea.

Acum intervine un medic care sugerează ca femeia să slăbească prin intermediul hipnozei. Fără prea multă tragere de inimă, ea încearcă şi curând descoperă că poate rezista cu mai puţină mâncare. Pe măsură ce începe să-şi recâştige silueta atrăgătoare, soţul e din nou interesat de ea : „Iubito, arăţi grozav. De ce nu ieşim noi la cină în seara asta şi la un dans după aceea ?". Apoi se adună în jurul ei vecinii : „Mary, arăţi splendid zilele astea. Noua rochie îţi vine de minune".

De ce s-ar întoarce la a mânca prea mult ? Acum are parte de atenţia a cărei lipsă a determinat-o să mănânce nevrotic. Este o întărire suficientă din lumea ei, simptomul a dispărut şi nu mai revine. Prin intermediul sugestiei hipnotice a obţinut o schimbare permanentă în viaţa ei. Nu a fost nevoie de vreo privire în interiorul ei.

Suprimarea simptomelor poate fi mult mai mult decât temporară atunci când rezultatul este schimbarea întregii structuri de întărire. În astfel de cazuri, terapia psihanalitică profundă, cu „rezolvarea problemei" orientate spre *insight*, este o abordare inutilă.

În al treilea rând, dacă hipnoza este trăirea intensă a unui relaţii interpersonale, atunci pacientul deseori va internaliza vocea terapeutului. De câte ori nu am internalizat admonestările, sugestiile şi laudele unui părinte sau a unei alte figuri semnificative din viaţa noastră ? Este ca şi cum persoane fericite ar trece prin viaţă auzind la nivel inconştient laudele şi întăririle pozitive ale unui părinte interior care spune : „Bravo, băiete ! " sau „Bravo, fetiţo ! ", „Vezi ce poţi să faci ? ", „Eşti foarte capabil" sau „Sunt mândru de tine" şi aşa mai departe.

În terapia ce implică o relaţie intensă, cu sau fără hipnoză, terapeutul priceput este deseori internalizat. Dacă experienţa terapeutică a fost una semnificativă, învăţăturile, interpretările şi sugestiile oferite de vindecătorul important sunt permanent internalizate de pacient. Ele continuă să fie „spuse" de introiectul terapeut din interiorul pacientului mult după ce şedinţele de tratament cu adevăratul doctor s-au încheiat. Sugestiile sunt repetate în taină, iar urmarea lor de către pacient este întărită. O asemenea structură internă dinamică poate justifica multe dintre nenumăratele cazuri în care sugestiile hipnotice au înlăturat un simptom psihogen ; deconcertând permanent, din toate motivele, teoria psihanalitică tradiţională.

Nu susţinem aici că aceste trei condiţii operează toate în acelaşi timp. Sunt multe probleme de natură psihologică ce nu răspund la simple sugestii hipnotice. Sunt multe altele care, aşa cum susţin psihanaliştii, sunt rezolvate temporar, dar nu vindecate, şi câteva a căror îndepărtare grăbeşte, de fapt, apariţia unei probleme şi mai severe. Dar să insişti categoric că sugestia hipnotică nu poate avea decât rezultate temporare pur şi simplu nu e corect. Experienţa multor hipnoterapeuţi este plină de astfel de exemple şi ele au fost deseori relatate în literatura de specialitate.

Pe de altă parte, nu le putem ţine partea colegilor noştri adepţi ai teoriilor cognitiv-comportamentale care susţin că simptomele sunt boala, că nu e niciodată necesar să analizezi motivele dinamice din spatele existenţei lor. Cea mai rezonabilă poziţie ar fi aceea că multe tulburări de natură organică pot fi influenţate constructiv prin hipnoză şi că unele simptome psihogene răspund favorabil şi permanent la sugestii hipnotice. Altele pot avea nevoie de un tratament intensiv mai profund prin intermediul tehnicilor hipnoanalitice. Respingem ideile susţinute de cei care strigă „niciodată" şi de cei care insistă cu „întotdeauna" ca indicatori ai tratamentului simptomatic. Problema

reală a medicului este să facă diferența între acele tulburări care pot fi gestionate cu ajutorul hipnozei – fie prin simple sugestii hipnotice, fie prin alte abordări mai sofisticate pe care le descriem în acest capitol – de cele care au nevoie terapie analitică ce implică o privire în interior şi o reorganizare a personalităţii. Şi aici hipnoza poate contribui, dar prin metode mai complexe decât sugestiile hipnotice directe.

Poate ne putem gândi la hipnoză ca la o intervenţie în echilibrul psihologic al unui individ. Uneori asta poate înclina balanţa în favoarea forţelor constructive şi poate iniţia un ciclu pozitiv al motivaţiilor şi întăririlor favorabile. Pentru mulţi pacienţi asta poate fi suficient.

Nivelele sugestiei hipnotice

Intervenţia poate fi abordată la diferite nivele. Acest fapt este întru câtva comparabil cu situaţia din cadrul tratamentelor organice în care un simptom sau un proces vătămător este întrerupt în diferite momente. Astfel, în tratarea unei boli terapeutul poate interveni cu diverse strategii terapeutice alternative.

Atacul direct asupra simptomelor

În hipnoterapie putem ataca simptomul direct, ţintind eliminarea lui sau, la început, doar alinarea lui parţială. Putem încerca să asigurăm un răspuns imediat (o şedinţă) sau putem implanta sugestii hipnotice menite să aibă un efect gradual.

De exemplu, în timpul celui de-al doilea război mondial, am tratat (J.G.W.) un soldat care dezvoltase un şchiopătat isteric. Pentru el era important să renunţe treptat la acest simptom, pentru că dacă ar fi făcut asta repede ar fi însemnat că nu a fost niciodată cu adevărat rănit. Se presupune că un membru afectat are nevoie de timp pentru a se vindeca. Prin urmare, i s-a spus, sub hipnoză, că piciorul îşi va reveni treptat, că va remarca în fiecare zi îmbunătăţirea şi că în câteva săptămâni va fi complet refăcut. În aproximativ 3 săptămâni a renunţat la baston şi în momentul externării se mai putea observa doar o uşoară diminuare a funcţiei. Se putea întoarce acasă cu faţa curată. Nu putea fi acuzat de simularea unei boli ; suferise de o afecţiune reală.

În acest caz a fost folosit un pseudoraţionament, dar pentru pacient el a fost logic şi a avut sens. O încercare de a-i îndepărta simptomul imediat ar fi provocat o rezistenţă serioasă, resentimente, poate refuzul de a reveni la tratament şi chiar o dizabilitate şi mai gravă.

Uneori, forţa unui tratament psihologic, cum ar fi hipnoza, poate fi demonstrată prin creşterea temporară în locul scăderii severităţii unui simptom. Un pacient care suferea de grave dureri de cap cauzate de tensiune s-a plâns: „Durerea mea de cap e reală; doar vorbitul nu o să mă ajute". L-am hipnotizat (J.G.W.) şi i-am sugerat că atunci când va ieşi din transă durerea de cap va fi de două ori mai gravă şi că va rămâne aşa până când îl voi atinge pe umăr. În acel moment, pacientul va reveni la nivelul lui obişnuit de disconfort. A ieşit din transă şi a spus pe un ton acuzator: „Tratamentul tău m-a făcut să mă simt şi mai rău; acum capul mă doare mai tare decât atunci când am venit". I-am răspuns: „Desigur. Eu am făcut asta; uite, acum îl voi readuce la starea în care se afla când ai intrat în cabinet". I-am atins umărul şi a remarcat imediat diferenţa. Apoi i-am zis: „Vezi, tratamentul ăsta e îndeajuns de puternic încât să-ţi influenţeze simptomul. Dacă poate să-l agraveze, poate să-l şi vindece". Pacientul a fost convins de forţa unei terapii bazate pe vorbit şi a devenit imediat mai receptiv la sugestiile menite să-i rezolve problema.

Efecte indirecte prin intermediul sugestiilor nespecifice

Decât să lucreze direct asupra unui simptom, un terapeut îşi poate direcţiona sugestiile spre forţa generală a bunăstării pacientului:

> Începi să te simţi mult mai bine. Pe măsură ce te simţi mai bine, începi să ai un sentiment de încredere. Îţi dai seama că trupul tău se mobilizează în direcţia corectă. În fiecare zi te simţi tot mai încrezător că vei reuşi să-ţi recapeţi sănătatea.

Aici sugestiile hipnotice sunt menite pur şi simplu să-l determine pe pacient să-şi mobilizeze propriile resurse. Indirect, terapeutul poate să îi stimuleze sistemul imunologic ajutând astfel la crearea de anticorpi, celule T, celule B şi celule ajutătoare şi supresoare (Ruzyla-Smith, Barabasz, Barabasz, Warner, 1995) şi la stimularea acelor procese fiziologice care fac diferenţa între pacienţii cu un moral scăzut şi cei care se luptă pentru a-şi depăşi boala sau dizabilitatea.

Întărirea eului

Hipnoza poate fi folosită pentru a întări eul. Dacă indivizii au euri puternice, sunt fie capabili să reprime elementele discordante ale personalităţilor lor şi să menţină reprimarea, fie îndeajuns de puternici pentru a se confrunta cu acestea şi a le rezolva prin intermediul terapiei orientate spre *insight*. În orice caz, o întărire a eului poate fi benefică. Prin urmare, un terapeut le poate spune pacienţilor aflaţi sub hipnoză: „Capeţi senzaţia unei vitalităţi interioare. În fiecare zi îţi dai seama că îţi construieşti o personalitate tot mai puternică. Observi că reuşeşti tot mai des să-ţi atingi scopurile şi sentimentul de potrivire pe care începi să îl ai. Eşti tot mai convins că îţi poţi atinge scopurile" şi aşa mai departe.

Efectul cumulativ al sugestiilor hipnotice

Sugestiile hipnotice pot avea un efect cumulativ, un principiu deseori utilizat în reclamele de televiziune. După cum bine ştie publicul, reclamele se repetă la nesfârşit. Tocmai prin repetiţie publicul este învăţat să gândească exact ceea ce doreşte producătorul. Astfel, mulţi îşi pot aminti şi azi de ce marcă se leagă „You've come a long way, baby"* (un slogan al Virginia Slims).

Un alt exemplu al acestui tip de repetiţie s-a petrecut acum câţiva ani cu fraza muzicală „What'll You Have?"**. Milioane de oameni au învăţat să răspundă cu „Pabst Blue Ribbon"***. Gândul la o anume marcă a fost legat de întrebarea pe care mulţi barmani o adresează unui client nou. Folosind hipnoza, sugestii similare pot fi legate între ele cu un efect şi mai puternic.

Sugestiile hipnotice autoritare versus *persuasive sau permisive*

Încrederea pacientului în hipnoterapeut este un ingredient esenţial în orice abordare. După ce starea hipnotică a fost indusă, terapeutul

* „Ai ajuns departe, iubito" (n.t.)

** „Ce doriţi?" (n.t.)

*** Marcă de bere (n.t.)

poate alege să folosească o metodă foarte directă, autoritară: „Când pun mâna pe umărul tău, durerea de spate va trece imediat şi când număr până la 5 vei deveni alert şi te vei simţi foarte bine".

Pe de altă parte, doctorul poate alege una dintre abordările mai permisive sau persuasive, cum ar fi: „Când pun mâna pe umărul tău, muşchii spatelui tău vor [sau pot] începe să se relaxeze. Vei [sau poţi] simţi o căldură în ei pe măsură ce îţi dai seama că circulaţia sangvină din acea zonă se îmbunătăţeşte. Asta pentru că poţi [sau ai puterea să] te eliberezi de tensiunea care cauzează durerea".

Sugestii administrate sub hipnoză şi posthipnotic

Uneori este de dorit îndepărtarea unui simptom în timp ce pacientul se află sub hipnoză, decât amânarea pentru o vreme a renunţării la el, după ce pacientul a revenit la starea normală. Acest lucru poate fi făcut pentru a testa dacă simptomul poate fi influenţat sub hipnoză – mult, puţin sau deloc – şi este indicat în special când simptomul poate fi psihogen şi poate sluji unei funcţii dinamice. Este deseori surprinzător că, atunci când terapeutul a înlăturat simptomul prin hipnoză, dar l-a reinstalat (prin sugestie hipnotică) înainte de a-l scoate pe pacient din transă, acesta poate renunţa la el într-un timp comparativ mai scurt. Se pare că demonstrându-i-se pacientului la un nivel ascuns (subconştient) că nu mai are nevoie de simptom, el poate ajunge la această concluzie la un nivel mai conştient. Atunci, pacientul elimină voluntar simptomul şi nu se simte presat prematur de doctor să facă asta.

Pentru multe tulburări, în special dureri de natură organică, terapeuţii pot alege să păstreze îndepărtarea sau alinarea simptomului după ce pacienţii au ieşit din starea de hipnoză. Prin urmare, dacă simptomul a fost îndepărtat de hipnoză, terapeutul le poate spune pacienţilor, înainte de a-i trezi din transă, că „schimbarea va continua după trezire". Perioada următoare de timp în care simptomul dispare (o oră, o zi, o săptămână, o lună etc.) ne spune ceva despre gravitatea problemei unui pacient şi, în cazul unei tulburări nervoase, ne spune despre forţa motivaţiilor din spatele dezvoltării şi menţinerii simptomului.

Substituirea simptomelor

O tehnică pe care terapeutul o foloseşte uneori în tratarea tulburărilor nervoase este aceea de a înlocui actuala problemă a pacientului cu un simptom mai puţin mutilant. Un pianist concertist care a dezvoltat o nevroză ocupaţională ce implică înţepenirea degetelor poate accepta un transfer al acestei înţepeniri de la mână la picior. Muzicianul îşi poate administra în continuare pedeapsa autoimpusă, dacă acesta este motivul dinamic al suferinţei, dar starea lui nu îl mai împiedică să-şi câştige existenţa. Deşi există relatări privind folosirea cu succes a acestei tehnici, noi preferăm să folosim abordări orientate mai degrabă spre rezolvarea simptomelor decât spre transferul sau substituirea acestora.

Legarea sugestiilor între ele pentru renunţarea la fumat şi obezitate

Poate cel mai elegant exemplu al tehnicii de legare este intervenţia lui H. Spiegel şi D. Spiegel (1978-1987, pp. 210-219) pentru renunţarea la fumat. Această tehnică leagă între ele adevărurile evidente că fumatul e o otravă şi că, în măsura în care fumătorii vor să trăiască, nu pot continua să-şi otrăvească trupurile. După ce este indusă starea hipnotică, pacienţilor li se cere să se concentreze pe trei puncte critice :

1. „Pentru corpul tău fumatul este o otravă. Eşti făcut dintr-o serie de componente, dintre care cel mai important este corpul tău. Fumatul nu este atât o otravă pentru tine, cât pentru corpul tău."
2. „Nu poţi trăi fără corpul tău. Corpul tău este o uzină fizică preţioasă, prin intermediul căruia îţi trăieşti viaţa."
3. „În măsura în care vrei să trăieşti, îi datorezi corpului tău respect şi protecţie. Aceasta este o cale de a conştientiza natura fragilă, preţioasă a corpului tău şi, în acelaşi timp, o cale de a te vedea ca un paznic al corpului tău. Eşti, într-adevăr, paznicul corpului tău. Când îţi iei acest angajament de a-ţi respecta corpul, ai în tine puterea de a-ţi fi fumat ultima ţigară."

Procedura lui Spiegel şi Spiegel leagă incompatibilitatea continuării fumatului cu protejarea corpului. Este evident imposibil ca

oamenii să-şi protejeze corpul în timp ce fumează. Sugestia hipnotică leagă scopul lor (protejarea preţioasei uzine fizice de care au nevoie pentru a trăi) cu recunoaşterea faptului că fumatul e o otravă (distrugerea uzinei fizice de care au nevoie pentru a trăi). După cum au remarcat cei doi Spiegel, se pune accentul mai degrabă pe lucrurile pentru care pacienţii sunt *pentru* decât pe cele pentru care sunt împotrivă.

Într-un studiu efectuat la Harvard Medical School şi la Massachusetts General Hospital, cercetătorii (Barabasz, Baer, Sheehan şi Barabasz, 1986) au testat abordarea Spiegel cu 307 clienţi care nu reuşiseră să renunţe la fumat prin intermediul procedurilor nonhipnotice. Toţi pacienţii aveau experienţă de o viaţă în privinţa fumatului. Nivelul de experienţă al medicilor, perioada de contact şi caracterul aprofundat al procedurii variate în şase intervenţii de la una până la şase şedinţe şi intervenţia adiţională au combinat hipnoza cu simularea restricţionării ambientale (REST). Hipnotizabilitatea a fost evaluată folosind *Scala Stanford a Hipnozei Clinice*. Rezultatele majore au sugerat consecinţe pozitive ale tratamentului datorate unei hipnotizabilităţi crescute, unei proceduri mai aprofundate şi unei perioade mai lungi de contact între client şi terapeut. Corespunzător discuţiilor noastre anterioare privind experienţa în domeniul hipnozei, intervenţiile cel mai puţin eficiente (4% abstinenţi după 4 luni) au implicat interni din domeniul psihologiei şi doctoranzi care au folosit abordări bazate pe o singură şedinţă. Hipnoza de grup şi individuală cu două până la cinci şedinţe şi psihologii şi psihiatrii cu o vastă experienţă în hipnoză au obţinut o rată de abstinenţă de 36% la 10 luni, respectiv 30% la 17 luni. Folosind trei până la cinci şedinţe cu adăugarea de 60 până la 90 de minute de REST (întinderea într-o cameră întunecată, izolată fonic, cu un nivel redus de zgomot alb) plus hipnoza şi administrarea instrucţiunilor de renunţare la fumat ale celor doi Spiegel s-a ajuns la o rată de abstinenţă de 47% la 19 luni. Rata de abstinenţă rezultată din folosirea REST şi a abordării hipnotice Spiegel de trei până la cinci şedinţe a fost comparabilă cu tratamentul în cinci şedinţe al lui H. Watkins (1976), care a folosit hipnoza pentru a lega nevoia de a fuma cu relaxarea şi controlarea furiei.

Metoda Spiegel a tratat cu succes şi pacienţi suferind de obezitate. Un studiu experimental controlat (Barabasz şi Spiegel, 1989) a testat efectele hipnozei asupra controlului greutăţii. Cercetătorii au evaluat hipnotizabilitatea administrând SHSS : C. Patruzeci şi cinci de participanţi

care erau cu 28% până la 74% peste nivelul optim al greutăţii au participant la studiu cu terapeuţi care nu ştiau nimic despre punctajele de hipnotizabilitate. Participanţii au fost expuşi unei simple tehnici cognitiv-comportamentale de autocontrol şi intervenţiei hipnotice a lui Spiegel şi Spiegel (1978-1987), modificată pentru a include aversiuni specifice la mâncărurile-problemă declarate de fiecare pacient. De exemplu: „Biscuiţii Oreo sunt o otravă pentru corpul tău tot aşa cum mâncatul peste măsură este o otravă pentru preţiosul tău corp". Aceşti participanţi au slăbit semnificativ mai mult după 3 luni decât au făcut-o cei expuşi doar tratamentului de autocontrol. O corelare semnificativă între pierderea în greutate şi punctajele pe *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză* ale aceluiaşi grup a susţinut specificitatea hipnozei în cadrul programului. Uzura pacienţilor a fost aproximativ aceeaşi în cazul tuturor grupurilor de tratament, sugerând că toate tratamentele au fost percepute ca fiind active. Descoperirile făcute în urma acestui studiu au fost cele mai eficiente dintre cele obţinute în urma a 20 de experimente incluse în metaanaliza hipnozei ca adjuvant în psihoterapia cognitiv-comportamentală făcută de Kirsch, Montgomery şi Sapirstein (1995). Chiar şi cu cele mai conservatoare estimări, Kirsch *et al.* au explicat că acei clienţi care primesc suplimentul hipnoterapeutic au mai multe beneficii decât cel puţin 70% dintre clienţii care primesc acelaşi tratament, fără hipnoză. Date fiind aceste descoperiri ale unei foarte citate şi premiate metaanalize, punem întrebarea dacă mai este măcar etic să foloseşti doar terapia cognitiv-comportamentală când hipnoza face o diferenţă pozitivă demonstrabilă atât de importantă.

Hipnoza ca tactică în terapia orientată spre *insight*

Cu toate că, în general, preferăm să ţintim spre o reorganizare a personalităţii pacienţilor noştri prin tratament analitic, hipnoza poate fi deseori utilă pentru a-l ajuta pe individ să treacă, de exemplu, peste o perioadă de insomnie. Sau sugestia poate fi folosită ca tactică într-o terapie hipnoanalitică. De exemplu, o blocare a comportamentului de a bea sau de a fuma, care dăunează impulsurilor unui pacient, poate creşte impulsul de moment şi poate continua cu tratament orientat spre *insight*. Rezistenţa poate fi mobilizată şi astfel adusă la suprafaţă, unde, prin analiză, poate fi rezolvată. Nu rezolvăm

întotdeauna simptomul, dar, prin sugestii hipnotice, activăm conflictul care stă în spatele lui.

În final, trebuie să remarcăm că sugestiile hipnotice pot fi direcţionate nu doar împotriva simptomelor şi a comportamentelor, dar şi împotriva atitudinilor, sentimentelor, motivaţiilor, prejudecăţilor sau chiar relaţiilor. Posibilităţile de utilizare a lor sunt infinite şi limitate doar de concepţiile practicienilor asupra structurii şi anvergurii tulburării cu care se confruntă, plus propria lor ingeniozitate şi abilitate de a aplica această unealtă puternică. În următoarele capitole prezentăm suferinţele specifice ce pot fi tratate prin sugestie hipnotică şi exemple de cazuri care ilustrează tehnica hipnoterapeutică.

Note

1. Răspunsul placebo a fost mult timp considerat o manifestare directă a sugestibilităţii unui individ (Barber, 1969; Gliedman, Nash, Imber, Stone şi Frank, 1958; Kirsch şi Lynn, 1999; Shapiro şi Morris, 1978).
2. Prin „doctor" ne referim la toţi cei calificaţi să practice artele vindecării şi care folosesc hipnoza în scop terapeutic, fie că sunt sau nu medici.

CAPITOLUL 9

Diminuarea durerii cu ajutorul hipnozei

Să vezi chipul zâmbitor şi liniştit al unui pacient care tocmai a trecut printr-o intervenţie chirurgicală majoră sau altă procedură medicală îngrozitor de dureroasă fără nici un alt anestezic în afară de vorbele hipnoterapeutului este o experienţă de neuitat. Apoi să fii martor când o fetiţă de 6 ani bolnavă de cancer, care a învăţat autohipnoza de la consiliera ei, îşi linişteşte mama spunându-i „Mami, e în regulă, mă duc să mă joc cu Cleo [un prieten imaginar]. O să vin acasă când pleacă doctorul" este cu atât mai remarcabil cu cât procedura de aspirare a măduvei osoase este efectuată printre chicotelile jucăuşe ale copilului. Acestea sunt doar două imersiuni în domeniul fenomenelor transei hipnotice care inspiră un sentiment de veneraţie (A. Barabasz, 2003a, 2003b).

Experienţa durerii

Biblia creştină ne învaţă că, din pricina greşelii Evei de a mânca fructul oprit, femeia va aduce pe lume copilul în durere. Acceptarea durerii ca o povară necesară poate fi punctul comun al majorităţii religiilor. Timp de secole, durerea a fost privită ca un acompaniament inevitabil al bolii sau al vătămării corpului. Este o experienţă aproape universală, una pe care oamenii caută să o evite.

Două componente specifice ale durerii par să fi fost identificate, şi anume durerea senzorială şi suferinţa. Prima îi oferă individului informaţiile necesare privind faptul că ceva este în neregulă şi e nevoie de tratament. De cele mai multe ori, durerea indică locul problemei. Toate experienţele dureroase includ ambele componente, chiar dacă o persoană nu poate face diferenţa între ele decât dacă este întrebată despre asta. Durerea senzorială furnizează indicii-cheie în legătură cu locul specific şi descriptorii durerii, cum ar fi

fierbinte, *arzătoare*, *rece*, *acută*, *intermitentă* sau *continuă*. Are scopul de a proteja organismul şi nu ar trebui eliminată. Au fost şi oameni care au murit pentru că organismul lor nu a reuşit să dea avertismentul durerii senzoriale.

Suferinţa este componenta afectivă a durerii ; ea descrie cât de tulburătoare sau deranjantă este aceasta pentru pacient. Descrie impactul general şi interpretarea suferinţei. Durerea musculară normală pe care o suferă o persoană după un antrenament intens de rezistenţă, cum ar fi ridicarea de greutăţi (cauzată de producerea hidroxiprolinei şi a microrupturilor musculare), cu siguranţă o afectează, dar pe sportiv nu îl deranjează aşa cum l-ar deranja o durere similară produsă de o rănire accidentală. Asemănător, durerea naşterii unui copil dorit o afectează pe mamă, dar deseori este lipsită de suferinţă. În schimb, cei care ridică greutăţi în cadrul competiţiilor şi au o ruptură musculară majoră pot suferi enorm, pentru că vor regresa considerabil în eforturile lor de antrenament, riscă să fie eliminaţi din competiţie un sezon întreg sau amândouă. Alternativ, durerea generată de cancer poate să nu fie intensă, dar suferinţa poate fi copleşitor de înspăimântătoare ; suferinţa, componenta afectivă a durerii, este cea care duce la ceea ce poate deveni o depresie paralizantă.

Controlul disociat, durerea neexprimată şi observatorul ascuns

Cei doi Hilgard (E. Hilgard şi J. Hilgard, 1983) au descoperit că în timp ce suferinţa este legată de durerea evidentă, percepută la nivel conştient, există şi o componentă ascunsă. Aceasta este înregistrată la nivele inconştiente. Astfel, experienţa durerii poate fi suprimată hipnotic în cazul participanţilor la o cercetare de laborator care şi-au băgat mâna în apă rece ca gheaţa. Ei au spus că simt doar o amorţeală şi au ţinut mâna în soluţie mult după ce, în mod normal, ar fi trebuit să o scoată. Totuşi, reacţiile lor la chestionarul următor sunt interesante : „Cu toate că eşti hipnotic insensibil la durere, poate că există o parte din tine care o resimte. Dacă e aşa, ridică degetul arătător de la cealaltă mână". În multe cazuri, participantul ridică degetul şi comunică la nivel hipnotic că suferă „inconştient". Ernest Hilgard a numit acest fenomen „observatorul ascuns" şi l-a descris ca fiind un

sistem cognitiv structural disociat. Aşadar, trebuie să punem la socoteală faptul că durerea poate fi evidentă şi ascunsă. Din motive analgezice specifice, ne preocupă în primul rând durerea evidentă şi considerăm că eforturile noastre terapeutice au avut succes dacă o putem calma. Totuşi, se pare că reprimarea unei anumite părţi a durerii la nivele ascunse implică un efort şi poate avea efecte indirecte asupra altor funcţii, după cum se ştie că motivaţiile inconştiente joacă un rol semnificativ în formarea simptomelor nevrotice.

Suprimarea oricăror surse stimulatoare, cum ar fi durerea ascunsă, are avantajele şi potenţialul ei de a influenţa echilibrul psihologic. Deci considerăm că este înţelept să întrebi despre posibilele gânduri şi vise deranjante prin intermediul cărora stimulii suprimaţi sau reprimaţi se pot manifesta. Cheek (1962) a sugerat că informaţii cu privire la semnificaţia durerii pot fi obţinute prin folosirea unei tehnici a semnalării inconştiente cu degetul. Pacienţii sunt întrebaţi când şi unde a devenit prima oară durerea importantă pentru ei. Întrebărilor li se răspunde cu „da", „nu", „poate" sau „nu vreau să răspund". Aceste reacţii îi sunt transmise terapeutului în timpul hipnozei prin ridicarea de către pacient a diferitelor degete care au fost condiţionate corespunzător. Tehnica semnalării cu degetul poate fi folosită şi pentru a afla reacţia pacientului aflată în spatele diferitelor proceduri sau predicţiile acestuia privind eventualele rezultate. Tehnica a devenit cunoscută ca semnalare ideomotorie şi este deseori numită astfel în literatura de specialitate şi în laboratoarele de pregătire în domeniul hipnozei (Ewin, 2003).

Cercetările rezumate de cei doi Hilgard (E. Hilgard şi J. Hilgard, 1983) arată că starea de transă pare să afecteze foarte puţin percepţia durerii. Aşadar, inducţia hipnozei ar trebui considerată doar o procedură preliminară şi pregătitoare pentru folosirea abilă a sugestiei hipnoterapeutice. Totuşi, ţine minte că reacţia stârnită de sugestia hipnotică merge mult dincolo de acele răspunsuri care pot fi obţinute prin simpla sugestibilitate trează.

De cealaltă parte a chestiunii, Spanos şi Chaves (1989) şi Kirsch şi Lynn (1995) cred că variabilele operative în alinarea hipnotică a durerii se datorează semnalelor contextuale din mediul social, aşteptărilor, cerinţelor caracteristice ale contextului ori jocului de rol din partea participantului sau a pacientului. Totuşi, aceste idei se bazează în primul rând pe studii de laborator având ca participanţi studenţi sănătoşi şi nu s-a demonstrat încă faptul că au aplicabilitate în anesteziologie sau în tratarea durerii pacienţilor reali.

Cercetări atent controlate, ce au folosit participanţi (Orne, 1974) care simulează hipnoza, au demonstrat în mod evident că indivizii puternic hipnotizabili erau capabili să elimine complet durerea în timp ce persoanele cărora li s-a cerut, prin instrucţiuni puternic motivatoare, să simuleze hipnoza nu au putut face asta. Sugestia hipnotică pare, de asemenea, să fie diferită de efectul placebo, obişnuit în administrarea medicamentelor. În clasicul lor experiment în domeniu, McGlashan, Evans şi Orne (1969) au arătat că acei indivizi puternic hipnotizabili manifestă analgezie ca răspuns la hipnoză, dar nu şi la placebo, iar cei puţin hipnotizabili au acelaşi răspuns minimal la hipnoză pe care îl au şi la placebo. Perry (2004) a menţionat că aceste descoperiri au arătat o diminuare a durerii obţinută în contextul unei sugestii placebo comparabile cu ceea ce participanţii au experimentat sub hipnoză. Adepţii teoriei socio-cognitive au replicat în întregime studiul (Spanos, Perlini şi Robertson, 1989), chiar dacă investigaţiile ulterioare au testat hipnoza într-o manieră foarte diferită. De fapt, cei doi Hilgard (E. Hilgard şi J. Hilgard, 1975, 1983) au descoperit că participanţii foarte hipnotizabili răspundeau mai puţin la placebo decât o făceau cei nehipnotizabili, oferind astfel o susţinere timpurie a teoriilor transei privind hipnoza ca stare de conştienţă modificată, care acum sunt acceptate pe scară largă.

Deşi realitatea analgeziei hipnotice pare destul de ferm stabilită în rândul lucrătorilor informaţi, o controversă asupra acestui subiect a fost, timp de câţiva ani, destul de interesantă. Sutcliffe (1961) a demonstrat că răspunsul galvanic al pielii (RGP) (o măsurătoare lipsită de acurateţe a excitării psihofiziologice; vezi A. Barabasz, 1977, pp. 130-131), care tinde să scadă atunci când oamenii simt durerea, se diminuează şi în cazul participanţilor hipnotizaţi cărora li s-a sugerat analgezia. S-a folosit o stimulare prin intermediul şocului electric ce implica o combinaţie între şoc şi o sonerie. Chiar dacă participanţii hipnotizaţi au negat faptul că au simţit durerea, ei au arătat o schimbare egală sau mai mare a RGP decât cea pe care au avut-o participanţii de control care au auzit soneria, dar nu au primit şocul. Sutcliffe a explicat că participanţii care au dat dovadă de analgezie ori au înţeles greşit, sau şi-au reprezentat în mod eronat adevăratele senzaţii, pentru că, dacă analgezia hipnotică le-ar fi alinat cu adevărat durerea, ar fi arătat o schimbare mai mică a RGP decât participanţii de control. Totuşi, această aparentă lovitură dată

controlului hipnotic al durerii a fost contrazisă de Bowers şi Van der Meulen (1972). Ei au evaluat răspunsurile RGP şi ritmul cardiac al unui grup de 7 pacienţi cu afecţiuni dentare ale căror carii au fost tratate sub hipnoanalgezie şi le-au comparat cu cele ale unui grup de control format din 7 pacienţi ale căror carii au fost tratate sub anestezie chimică. Schimbările RGP produse de grupul de hipnoză au fost aceleaşi cu cele produse de pacienţii care au primit anestezia prin agenţi chimici.

Mai recent, reacţia creierului la hipnoanalgezie a fost în sfârşit relevată prin munca lui David Spiegel şi a asociaţilor săi. La fel ca în studiile din laboratorul nostru (A. Barabasz, 2000 ; A. Barabasz *et al.*, 1999), Spiegel a arătat că potenţialele EEG legate de eveniment ca răspuns la hipnoza menită să atenueze stimulii dureroşi au produs, în mod evident, un răspuns cerebral atenuat la stimulii dureroşi. Avem, încă o dată, dovada fiziologică directă a stării de transă a hipnozei (vezi figurile 9.1 şi 9.2).

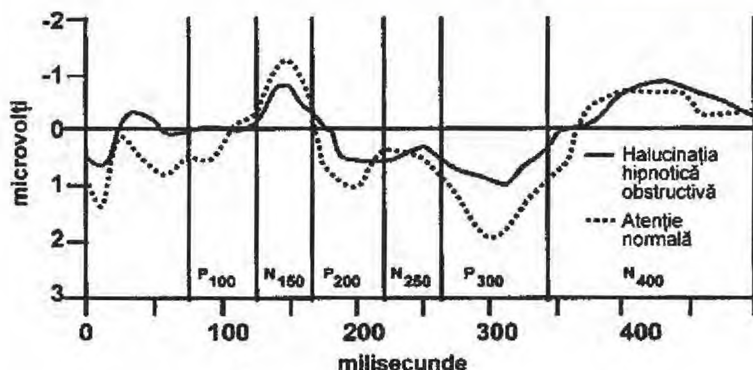


Figura 9.1. Acest grafic arată suprimarea potenţialelor EEG legate de eveniment în răspunsurile pacientului la o halucinaţie hipnotică obstructivă în comparaţie cu atenţia normală. Din D. Spiegel, P. Bierre şi J. Rootenberg, „Hypnotic Alteration of Somatosensory Perception", *American Journal of Psychiatry*, 146, 1989, pp. 749-754. Reprodus cu permisiune.

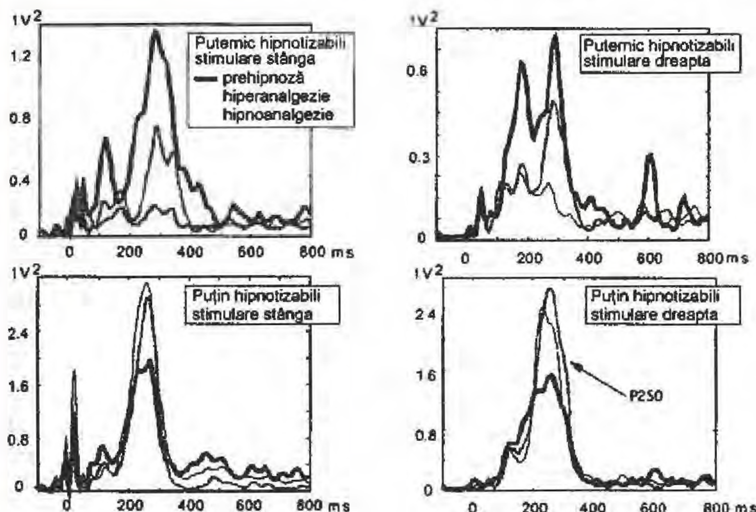


Figura 9.2. Aceste grafice arată puterea globală a potenţialelor legate de eveniment sub prehipnoză, hiperanalgezie şi hipnoanalgezie obţinute prin plasarea a 129 de electrozi. Imaginile din stânga arată potenţialele legate de eveniment obţinute din stimularea mâinilor stângi; cele din dreapta se referă la mâinile drepte; imaginile de sus arată rezultatele indivizilor puternic hipnotizabili, iar cele de jos indică reacţiile persoanelor puţin hipnotizabile. Din W. Ray şi V. De Pascalis, „Temporal Aspects of Hypnotic Processes", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51, 2003, p. 159. Reprodus cu permisiune.

Ideea de reţinut este pur şi simplu aceea că durerea care nu cauzează suferinţă nu este interpretată ca un pericol pentru sănătatea şi bunăstarea noastră generală. Punctul de vedere existenţialist interpretează durerea ca fiind ceea ce înseamnă pentru suferinzi în termenii interacţiunii lor cu lumea exterioară şi consideră că asta contează cel mai mult (Frank, 1963, p. 159).

Cu cât durerea este investigată mai mult, cu atât fenomenul pare mai complex. Melzack (1974) a trecut în revistă studii care au încercat să diferenţieze aspectele calitative şi componente ale durerii şi a descoperit 102 termeni necesari pentru a descrie diferitele aspecte ale durerii. Aceşti termeni descriptivi erau categorisiţi sub trei titluri : durere senzorială, care include descrieri cum ar fi *care vibrează*, *care bubuie*, *care ciupeşte*, *care înjunghie* şi aşa mai

departe ; afectivă, cu descrieri ca *înspăimântătoare* şi *terifiantă* ; şi evaluativă, care include atributele *sâcâitoare*, *nenorocită* şi *insuportabilă*.

Din punctul de vedere al experienţei interioare, durerea nu mai poate fi privită doar ca o simplă reacţie la stres, boală sau vătămarea ţesuturilor. Nu doar că există diferenţe uriaşe între indivizi în ceea ce priveşte percepţia şi toleranţa la durere, dar disconfortul provenit dintr-o anumită leziune poate varia mult de la o perioadă la alta, în funcţie de interacţiunea diferiţilor factori psihologici. Motivaţia, atenţia, distragerea, obiceiurile dobândite, percepţia şi relaţiile interpersonale, toate joacă roluri care influenţează percepţia durerii şi suferinţa de pe urma ei.

Morfina[1], de exemplu, nu pune la pământ durerea senzorială, dar influenţează considerabil suferinţa provocată de aceasta. Totuşi, tărâmul suferinţei se dovedeşte a fi cel mai variabil, cel mai puţin constructiv pentru oameni şi cel mai oportun pentru intervenţia terapeutică.

Teorii utile asupra durerii

Decizia de a folosi hipnoza pentru a controla durerea implică examinarea câtorva consideraţii înainte de a aplica oricare dintre tehnicile hipnotice. Deoarece durerea poate trece de la punctul de origine într-un alt loc unde este aparent resimţită, aplicarea unei anumite analgezii hipnotice acolo unde doare poate avea ca rezultat pur şi simplu transferul durerii spre o altă zonă. E posibil să fie necesară o abordare mai generală. Asta e valabil în special dacă durerea slujeşte unei funcţii psihodinamice ; de exemplu, nevoia individului de a fi pedepsit pentru o greşeală, reală sau imaginată. În astfel de cazuri, hipnoza direcţionată spre locul durerii este puţin probabil să rezolve problema, eventual doar temporar. Pacientul poate avea nevoie de un tratament mai intensiv şi orientat mai mult spre *insight*, care să folosească abordările pe care le descriem în *Hypnoanalytic Techniques* şi care sunt practicate de medici pregătiţi în domeniul psihoterapiei hipnoanalitice, al hipnoterapiei stărilor eului sau în ambele (Emmerson, 2003 ; Watkins şi Watkins, 1997).

În conformitate cu chestiunile pe care le-am discutat anterior, dar contrar credinţei larg răspândite, hipnoza este semnificativ mai eficientă în calmarea durerilor de natură organică decât a celor

provenite din isterie sau alte surse psihogene ce implică nevoile ascunse ale pacientului[2]. Sursele la care se face trimitere trebuie educate în această privinţă. Mai important, persoana care suferă o durere organică severă este de obicei puternic motivată să accepte orice tratament promiţător şi, în consecinţă, este deseori mai receptivă la hipnoterapie. Astfel de pacienţi sunt de asemenea mult mai ascultători în privinţa protocolului hipnotic şi au un istoric mult mai bun al gestionării tehnicilor de autohipnoză în vederea controlării durerii.

Totuşi, în acest moment ne preocupă procedurile de alinare a durerii mai degrabă prin intermediul sugestiei hipnotice decât prin intermediul vreunei rezolvări hipnoanalitice complexe a conflictelor inconştiente. Dacă se descoperă că pacientul are astfel de mecanisme nevrotice, cum ar fi o vină ascunsă, nevoi masochiste şi aşa mai departe, asemenea tulburări psihologice pot necesita un tratament, înainte ca sugestia hipnotică să fie eficientă. *Hypnoanalytic Techniques* va descrie tehnici utile acestui obiectiv care pot fi folosite de practicienii cu mai multă experienţă psihoterapeutică sofisticată. Hipnoza pentru alinarea durerii este, desigur, contraindicată psihoticilor cu dureri halucinate.

Teoria porţii de control. Deşi s-au propus multe teorii pentru justificarea durerii, cea a porţii de control, propusă de Melzack şi Wall (1965) şi acceptată pe scară largă, explică diverse aspecte ale durerii, fapt ce o face deosebit de utilă drept ghid în folosirea hipnozei. Conform acestei teorii, stimulii dureroşi sunt transmişi centrilor cerebrali importanţi prin intermediul a două seturi de căi, numite sistemul senzorial-discriminatoriu şi sistemul motivaţional-afectiv. Primul se ocupă cu localizarea şi severitatea durerii. Al doilea transmite acele impulsuri care implică suferinţa. Cele două sisteme par să fie verificate din punct de vedere anatomic. Se presupune că stimulii dureroşi din ţesuturile mari şi mici care urcă pe coloana vertebrală trec printr-un mecanism al unei porţi de control. În acest moment, impulsurile interacţionează şi servesc la modelarea stimulilor transmişi sistemelor motivaţional-afectiv şi senzorial-discriminatoriu prin intermediul anumitor celule de transmisie. Astfel, este posibil ca, prin intervenţii chirurgicale, chimice şi psihologice, să se interfereze în acest moment cu stimularea sistemului senzorial-discriminatoriu, permiţându-se în acelaşi timp trecerea normală a impulsurilor prin sistemul motivaţional-afectiv.

Suntem interesaţi tocmai de o asemenea intervenţie. Astfel, fie prin analgezie chimică, fie prin hipnoanalgezie, putem alina suferinţa fără a afecta sau elimina funcţionarea semnalelor protectoare naturale. Acesta este scopul nostru hipnoterapeutic. Pentru că ne preocupă, în primul rând, tehnicile hipnotice care pot duce la atingerea acestei ţinte, nu vom merge mai departe cu complexităţile şi teoriile durerii. Pentru cititorul care doreşte să afle mai multe despre subiect, recomandăm citirea cărţilor lui Ernest Hilgard şi Josephine Hilgard (1975) şi ale lui Joseph Barber (1996), ce tratează chestiunea în amănunt, făcând legătura cu folosirea hipnozei. Capitolul dedicat durerii din cartea clasică a lui H. Spiegel şi D. Spiegel (1978-1987, pp. 251-262) este şi el foarte valoros.

Deplasarea durerii. Aşa cum am arătat în figurile 9.1 şi 9.2, acum sunt disponibile numeroase date experimentale controlate care arată că diminuarea durerii cu ajutorul hipnozei implică, de obicei, punerea unei porţi în calea percepţiilor, astfel încât stimulii dureroşi să nu fie înregistraţi la nivel cerebral cu mai mult decât o recunoaştere a lor. Totuşi, asta nu înseamnă că nu pot exista şi căi alternative de explicare a controlului durerii. Watkins şi Watkins (1990) au arătat că pacienţii cu personalitate multiplă (tulburare de identitate disociată) pot elimina durerea personalităţii ascunse mutând-o în alte euri. Curios, acest fenomen a fost probabil observat prima dată de Ernest Hilgard (Hilgard şi Hilgard, 1983) care a descoperit abilitatea unui pacient de a disocia durerea spre un sistem cognitiv-structural neexprimat, numit observator ascuns. Watkins şi Watkins au conceptualizat observatorul ascuns ca fiind acelaşi fenomen al stărilor eului. Teoria stărilor eului (Watkins şi Watkins, 1997) presupune că personalitatea umană se dezvoltă prin integrare şi diferenţiere. La un capăt al continuumului, diferenţierea este adaptativă. Stările eului procesează bariere relativ permeabile, ca în cazul stărilor sufleteşti normale. La celălalt capăt, graniţele stărilor eului devin mai puţin permeabile sau întărite. Diferenţierile normale se transformă în disociere prost adaptată şi astfel pot apărea tulburări de personalitate multiplă (identitate disociată). În zona intermediară a continuumului diferenţiere-disociere pot fi găsite, în cazul indivizilor normali, stări ascunse ale eului. Persoane obişnuite, cum ar fi participanţii cu observatori multipli şi ascunşi, pot deplasa (disocia) durerea în stări neexprimate ale eului. În astfel de cazuri, durerea nu este realmente eliminată; este pur şi simplu mutată, aşa cum se

întâmplă în cazul celor care au o tulburare de identitate disociată. După cum ştim, aceşti oameni sunt caracterizaţi printr-o hipnotizabilitate ridicată (Kluft, 1987) şi, de fapt, tulburarea a fost etichetată ca un caz de „hipnoză spontană" (Bliss, 1986).

Beahrs (1986) a privit procesul disociativ al personalităţilor cu tulburare de identitate disociată ca o formă de autohipnoză menită să protejeze pacientul de durerea sau abuzul pe care le-a suferit în copilărie. Cu alte cuvinte, când se confruntă cu mai multă durere, vinovăţie şi furie decât pot suporta, copiii abuzaţi pot disocia acest deşeu mental periculos în alte personalităţi create pentru a funcţiona drept „coşuri de gunoi" interioare. Ideea este că atunci personalitatea originală şi primară nu mai simte suferinţa. Când au fost folosite pentru prima dată, mecanismele au fost probabil adaptative şi l-au ajutat pe copil să facă faţă unui copleşitor mediu social ostil, dar pe măsură ce disocierea s-a dezvoltat în această formă mai severă, ea a devenit neadaptată şi cauzatoare de simptome. Aşa cum s-a observat în numeroase cazuri clinice ale celor care suferă o tulburare de identitate disociată, abilitatea de a disocia durerea, deprinsă în copilărie, poate continua cu uşurinţă să fie practicată şi ca adult. De exemplu, Watkins şi Watkins (1990) au descris cazul Dianei. Personalitatea predominantă într-o tulburare de identitate disociată, care în mod normal nu simţea prea multă durere, se plângea în timpul unei şedinţe de terapie că are o puternică durere de cap. John Watkins i-a spus pur şi simplu : „Ştii cum să elimini durerea, nu-i aşa? Ai făcut asta timp de mulţi ani". Pacienta a răspuns : „Sigur că ştiu". Watkins a continuat : „Păi de ce nu faci asta chiar acum ? ". Diana a închis ochii şi în câteva momente i-a deschis şi a spus cu voioşie : „În regulă, acum nu mă mai doare". Atunci Watkins a întrebat : „E cineva care ştie despre durerea Dianei ? ". Mary, o altă personalitate infantilă copleşită de suferinţă, a ieşit la suprafaţă strigând : „Fir-ar să fie, tocmai a început să mă doară capul". Watkins a atras atenţia că, ani de zile, Mary a primit durerea şi furia pe care Diana, starea primară cea veselă, nu dorea să le resimtă. Şedinţă după şedinţă de terapie Diana, cu zâmbetul ei nepăsător şi felul prietenos de a fi, povestea evenimentele frumoase ale zilei ; dacă întâmplările erau neplăcute, nu părea să sufere niciodată de pe urma lor. Şi apoi, de câte ori, mai târziu în aceeaşi şedinţă, nu apărea Mary, deseori spontan – aşa cum se întâmplă în cazul pacienţilor cu tulburări de identitate disociată –, furioasă, plângând şi suferind de pe urma

aceloraşi incidente. Încă din copilărie, Diana învăţase să-şi disocieze durerea şi furia mutându-le în alte personalităţi, în primul rând Mary. Mary avea tendinţe sinucigaşe şi criminale, iar John Watkins a petrecut zile şi nopţi făcându-şi griji că la un moment dat ea va ieşi la suprafaţă şi îşi va ucide copiii (ai Dianei) sau pe ea însăşi.

Părerea mea (A.F.B.) este că înlăturarea durerii prin hipnoză este, în mod normal, punerea unei porţi în calea percepţiilor durerii, aşa cum sunt ele reflectate de graficele EEG care apar în figurile 9.1 şi 9.2. Totuşi, munca lui J. Watkins şi a lui H. Watkins ne arată clar că un medic înţelept ar trebui să ştie despre mecanismele alternative de reducere a durerii în contextul cărora folosirea hipnozei poate să nu însemne că pacientul scapă de durere, ci că o mută pur şi simplu în alte stări ale eului. Ea este stocată acolo, iar posibilitatea apariţiei unor sechele nocive poate reveni ulterior într-o altă formă nedorită. Evident că medicul care tratează un pacient cu dureri ce poate suferi de o tulburare de identitate disociată sau o tulburare de identitate disociată borderline trebuie să aibă foarte mare grijă. Doctorii trebuie, de asemenea, să ştie că şi indivizii normali pot, uneori, să deplaseze durerea în alte stări ale eului. Mai mult, aşa cum au subliniat J. Watkins şi H. Watkins, aceeaşi întrebare privind posibila mutare poate fi pusă atunci când durerea şi suferinţa par să fie alinate cu ajutorul medicamentelor.

Teoria controlului disociat. Regretatul Ken Bowers (1992) a avansat o teorie a controlului disociat privind hipnoza, care completează şi extinde munca soţilor Hilgard. În vreme ce Ernest Hilgard (1977) a conceptualizat disocierea ca o formă de reprimare sau suprimare a proceselor cognitive din conştienţă chiar dacă, poate, prin amnezie, Bowers a susţinut că subsistemele creierului pot fi activate direct prin intermediul sistemului de control executiv. Contrar explicaţiilor sociocognitive ale jocului de rol, cercetări atent controlate (Eastwood, Gaskovski şi Bowers, 1998; Hargadon, Bowers şi Woody, 1995) au arătat că strategiile privind durerea evocate conştient nu erau necesare pentru a produce o reducere a acesteia prin intermediul hipnozei şi că oricare dintre strategiile care ar fi putut fi amintite au fost folosite automat şi fără efort. Aşa cum au explicat Patterson şi Jensen (2003), aceste descoperiri corespund în întregime cu A. Barabasz (1982); Barabasz şi Barabasz (1989); Freeman, Barabasz, Barabasz şi Warner (2000); Miller, Barabasz şi Barabasz (1991) şi Smith, Barabasz şi Barabasz (1996).

Ne concentrăm aici asupra interacţiunii corp-minte, cu hipnoza pe post de facilitator. Pacientul învaţă tehnici hipnotice pentru a-şi controla singur durerea. Pentru a se asigura că efectele calmării durerii sunt cât mai mari, pacientul trebuie să recunoască faptul că nu trebuie să folosească hipnoza în orice situaţie. Fredericks (2001, p. 51) a spus că individul ar trebui să se simtă confortabil în a alege când este cazul să folosească astfel de tehnici autoritare pentru durerea evidentă. Pacientului trebuie să i se permită să decidă când să controleze durerea, în special pe cea asociată cu „expunerea la ameninţări psihologice" şi cu reacţii defensive. Terapeutul ar trebui pur şi simplu să-i atragă atenţia pacientului că este capabil să-şi aline durerea şi să controleze alaiul de factori psihologici şi emoţionali legaţi de aceasta. Fredericks a mai subliniat şi că doctorul ar trebui să se străduiască să nu se implice în problemele etice şi morale care l-ar putea preocupa pe pacient cu privire la momentul în care să folosească asemenea tehnici hipnotice puternice. În esenţă, tactica foloseşte metoda comportamentală de înţelegere cu pacientul pentru a-i permite acestuia să manipuleze durerea atunci când el simte, din punct de vedere psihologic, că este cazul. Asta adânceşte legătura terapeutică şi poate preîntâmpina nevoia imediată de a rezolva conflictele psihice.

Calmarea durerii: simplă distragere sau disociere

Aşa cum au arătat J. Smith *et al.* (1996) în *Journal of Counseling Psychology*, teoria neodisocierii a lui E. Hilgard (1977, 1984, 1992) explică faptul că disocierea apare atunci când atenţia este focalizată. Activităţile sunt disociate când „una dintre ele dispare automat, cu foarte puţine eforturi conştiente, în timp ce cealaltă este dusă la bun sfârşit cu atenţia focalizată asupra ei" (Hilgard şi LeBaron, 1984, p. 4). „Eul executiv" este directorul managerial al sistemului de atenţie, ceea ce înseamnă pur şi simplu că poate programa sistemul pentru a răspunde cerinţelor mediului înconjurător. Astfel, disocierea care apare în timpul hipnozei este parţială şi funcţională. Importanţa implicării imaginative (A. Barabasz, 1982) în producerea realităţii separate de orientarea tipică în realitate, dar într-un fel concordantă cu ea, este cuprinsă în conceptualizarea neodisocierii privind hipnoza (J. Hilgard, 1974). Teoria neodisocierii (vezi şi capitolul 3) presupune

implicarea totală a persoanei într-o aventură imaginară ; adică starea hipnotică îi dă individului posibilitatea să se desprindă de realitate şi să experimenteze fantezia. E important de înţeles că eul orientat spre realitate nu este dezmoştenit, ci doar neglijat, pentru a se beneficia de pe urma fanteziei (E. Hilgard, 1977). Cei hipnotizaţi stăpânesc în continuare întreaga situaţie de control al durerii, sunt capabili să părăsească hipnoza, să respingă oricare dintre sugestii sau să le substituie cu propriile autosugestii.

Alternativ, Spanos şi colegii său au presupus că hipnoza, pentru controlul durerii, nu este nimic mai mult decât o simplă distragere (Spanos, 1982 ; Spanos, Gwynn, Dellamalva şi Bertrand, 1988). Spanos credea că oricine, hipnotizabil sau nu, poate reduce durerea prin simplă distragere, făcând orice necesită mult efort şi implicându-se în sarcini care nu au legătură cu durerea (Spanos, 1982 ; Spanos *et al.*, 1988).

Din păcate, chiar şi cele mai sofisticate analize ale hipnozei pentru gestionarea durerii combină frecvent distragerea şi disocierea în cadrul tratamentului, făcând imposibil să se afle care intervenţie justifică rezultatele observate. De exemplu, Kohen şi Olness (1993, p. 375) s-au referit la „valoarea de distragere" a anumitor sugestii hipnotice, dar au remarcat că „o permisiune directă de a ignora" durerea este disociativă. Hilgard şi LeBaron (1984, p. 111) au menţionat că „distragerea care abate atenţia de la durere poate fi hipnotică sau nonhipnotică", în funcţie de gradul de fantezie implicat.

Două studii controlate experimental au fost făcute pentru a diferenţia efectele distragerii în comparaţie cu efectele produse de hipnoza propriu-zisă. J. Smith *et al.* (1996) s-au concentrat asupra controlului durerii într-un grup de copii de diverse etnii, grav bolnavi, cu vârste cuprinse între 3 şi 8 ani. Cei 36 de micuţi sufereau de tulburări ale sistemului circulator sau cancere, cum ar fi leucemia şi tumorile solide. Procedurile medicale invazive şi foarte dureroase includeau, de exemplu, aspirarea măduvei osoase (imobilizarea fizică a copilului poate implica până la şase oameni pentru a-l ţine în timp ce pielea îi este dată cu alcool şi un ac foarte mare este inserat în os). Părinţii copiilor au fost antrenaţi să folosească distragerea şi hipnoza pentru a reduce durerea şi anxietatea. (Pentru detalii privind ambele proceduri, vezi capitolul 10, „Hipnoza în anestezie şi chirurgie".) De la copii şi părinţii lor s-au obţinut mai multe căi de a reduce durerea şi anxietatea. Evaluatori independenţi şi asistente au analizat

reacţiile filmate ale copiilor la suferinţă. În timpul procedurilor medicale dureroase au fost colectate date privind starea de bază, distragerea şi starea de hipnoză. Descoperirile au arătat că disocierea este responsabilă de cea mai importantă diminuare a durerii. Copiii hipnotizabili (majoritatea participanţilor) au arătat, ca răspuns la hipnoză, punctaje în mod spectaculos mai mici în privinţa durerii, anxietăţii şi suferinţei (deseori nu aveau nici o reacţie de suferinţă), spre deosebire de cei puţin hipnotizabili.

Freeman *et al.* (2002) au testat efectele hipnozei *versus* distragere asupra controlului durerii la adulţi într-o manieră foarte diferită de cea a lui J. Smith *et al.* (1996). Aşa cum au recomandat Barabasz şi Barabasz (1992), participanţii au fost implicaţi în realizarea unui raport, educaţi în privinţa hipnozei şi instruiţi în mod repetat. Zece participanţi puternic hipnotizabili şi zece puţin hipnotizabili au fost expuşi durerii provocate de frig (mâna şi braţul sunt scufundate în apă curgătoare rece ca gheaţa, în timp ce sunt colectate rapoarte standardizate privind durerea) în condiţiile experimentale echilibrate ale relaxării conştiente, distragerii şi hipnozei. Pentru a face mai bine diferenţa între hipnoză şi distragere, cercetătorii au creat o nouă procedură de distragere care implica memorarea unei secvenţe de lumini colorate. Durerea participanţilor puternic hipnotizabili a fost mai bine calmată în condiţiile hipnozei în comparaţie atât cu condiţiile controlului, cât şi cu cele ale distragerii. De asemenea, aceştia au demonstrat, ca răspuns la hipnoză, o diminuare mai semnificativă a durerii decât cei puţin hipnotizabili. Mai mult, rezultatele EEG cantitative au arătat o activitate theta (5,5 Hz) semnificativ mai mare în cazul participanţilor puternic hipnotizabili decât al celor puţin hipnotizabili.

E clar că ambele studii atent controlate, şi totuşi diferite, nu au reuşit să susţină poziţia sociocognitivă, scoţând la iveală falsitatea teoriei conform căreia controlul durerii prin distragere este acelaşi cu cel obţinut de indivizii hipnotizabili în condiţiile unei hipnoze profunde. În plus, ambele cercetări au oferit dovezi suplimentare care sugerează că mecanismul de acţiune pentru controlul durerii cu ajutorul hipnozei este de natură disociativă.

De ce să foloseşti hipnoza pentru durere?

Nimeni nu vrea să simtă durerea, iar aceasta interferează cu vindecarea, aşa că nu e de mirare că una dintre cele mai satisfăcătoare utilizări ale hipnozei este abilitatea de a influenţa perceperea durerii. Metoda poate aduce o contribuţie substanţială în chirurgie şi anesteziologie, deoarece controlul durerii rămâne una dintre cele mai presante probleme ale omului. Implică o mare parte din timpul şi eforturile medicilor, consilierilor şi psihologilor care tratează pacienţi ce suferă de pe urma afecţiunilor în care durerea este puternică. Dacă ar putea fi rezolvată rapid şi uşor problema durerii unui pacient, ar fi mult mai simplă aplicarea eficientă a numeroase proceduri pentru tratarea bolilor sau a dizabilităţilor. În plus, hipnoza poate contribui la gestionarea multor alte aspecte ale procedurilor chirurgicale, preoperator, în timpul operaţiei şi în perioada de recuperare postoperatorie. Totuşi, în mijlocul tuturor acestor beneficii se află capacitatea hipnozei de a alina sau elimina durerea. Cu toate acestea, hipnoza nu ar trebui privită ca un competitor al analgezicelor chimice, ci mai degrabă ca un element complementar folosirii acestora, atunci când ele sunt nerecomandate în tratarea pacientului.

Utilizarea diverselor droguri, inclusiv a băuturilor alcoolice, pentru atenuarea durerii a fost practicată cu mult înainte ca Morton să descopere eterul în 1846. Aceasta era, cu aproximaţie, perioada în care medicul scoţian Esdaile (1957) a povestit despre 345 de proceduri chirurgicale majore efectuate în India care au folosit hipnoza ca singurul anestezic. Hilgard şi Hilgard (1983) au întocmit o listă cu 15 tipuri diferite de operaţii, analizate de numeroşi cercetători, în cazul cărora hipnoza a fost singurul anestezic folosit pentru eliminarea completă a durerii produse de proceduri cum ar fi apendicectomii, gastrostomii, excizii de tumori şi histerectomii. Rausch (1980) a folosit autohipnoza pentru o colecistectomie completă şi apoi s-a întors imediat în camera lui, mergând pe jos, fără să simtă nici cea mai mică durere. Patterson, Questad şi Boltwood (1987), Gilboa *et al.* (1990) şi Finer şi Nylen (1961) au descris pe larg folosirea hipnozei ca singurul anestezic pentru pacienţii care au suferit în mod repetat intervenţii chirurgicale majore în urma unor arsuri.

Numeroase studii au descris bolnavi cu o largă paletă de probleme care au răspuns la hipnoză, inclusiv unii cu dureri asociate

intervenţiilor stomatologice (J. Barber, 1977; Barber şi Mayer, 1977; Hartland, 1971), cancerului (Hilgard şi LeBaron, 1984; Sacerdote, 1972; D. Spiegel, 1997; Spiegel şi Bloom, 1983), distrofiilor simpatice reflexe (Gainer, 1992), amputărilor dobândite (Chaves, 1986), naşterii (Haanen *et al.*, 1991; McCarthy, 2001), rănilor coloanei vertebrale (Jensen şi Barber, 2000), durerii refractare (Lea, Ware şi Monroe, 1960), anemiei falciforme (Dinges *et al.*, 1997), artritei (Appel, 1992; Crasilneck, 1995), afecţiunilor articulaţiei temporo-mandibulare (Crasilneck, 1995; Simon şi Lewis, 2000), sclerozei multiple (Dane, 1996; Sutcher, 1997), cauzalgiilor (Finer, 1982), lupusului eritematos (Smith şi Balaban, 1983), perioadelor postoperatorii (Mauer, Burnett, Ouellette, Ironson şi Dandes, 1999), reducerii fracturilor fără anestezie (Iserson, 1999) şi durerii cronice mixte (Evans, 1989; Jack, 1999). Alte tipuri de probleme legate de durere despre care s-a spus că răspund la analgezia hipnotică includ durerea de mijloc (Crasilneck, 1995) şi cefaleea (Crasilneck, 1995; Spinhoven, 1988). Chiar şi această lungă listă a etiologiilor durerii nu este nici pe departe exhaustivă. Pe scurt, hipnoza a fost raportată ca fiind utilă pentru aproape orice problemă clinică imaginabilă legată de durere. În general, trebuie concluzionat că hipnoza este un analgezic eficient în multe cazuri şi ar trebui să fie o parte integrantă a oricărui program de control al durerii. Cel puţin acest scop este atins. Hipnoza este acum metoda preferată în procedurile radiologice intervenţionale de la Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School (Boston) (Lang *et al.*, 2000; Lang şi Berbaum, 1997). Recuperările sunt mai rapide, pacienţii sunt mai satisfăcuţi, iar spitalul economiseşte sume de bani considerabile, reducând în acelaşi timp expunerea la riscuri. Şi alte spitale vor urma cu siguranţă exemplul spitalului universitar Harvard şi al reuşitelor grupului lui David Spiegel de la Stanford Medical School.

Tehnici hipnotice pentru controlul durerii

Procedurile hipnotice folosite pentru alinarea durerii pot fi clasificate în trei mari categorii: sugestii hipnotice directe, modificarea percepţiei durerii şi distragerea atenţiei de la durere.

Sugestii hipnotice directe

Prima şi cea mai simplă abordare este ca terapeuţii să-i informeze pe indivizii hipnotizabili că nu vor mai simţi durerea. În acest caz, autoritatea doctorilor şi relaţiile lor cu pacienţii sunt mobilizate împotriva presiunii stimulilor dureroşi, în încercarea de a-i suprima. Uneori, acest lucru este eficient (Shepard, 2001), în special în cazul oamenilor puternic hipnotizabili care au foarte multă încredere în doctorii lor. De fapt, punând la bătaie întregul lor prestigiu împotriva durerii, ei folosesc instrumentul unei relaţii interpersonale puternice, dar acesta poate fi şi o sabie cu două tăişuri.

Dacă hipnotizabilitatea pacientului este slabă sau dacă impactul stimulilor dureroşi devine copleşitor, nu doar că durerea poate reveni în forţă, dar şi credibilitatea doctorului este probabil irevocabil pusă în pericol. Uneori, când li se porunceşte să renunţe la simptomele lor, pacienţii renunţă în schimb la doctor. Acest lucru se întâmplă cu uşurinţă mai ales dacă pacientul resimte ceea ce pare a fi o încercare de a-l domina. Pacientul se întoarce pentru a spune (câteodată cu o plăcere nu prea bine ascunsă): „Doctore, tratamentul tău nu a funcţionat". Această abordare solicitantă, autoritară (pe care Sandor Ferenczi a numit-o hipnoza-„tată") poate fi indicată atunci când există o urgenţă reală, iar atenuarea temporară a durerii este o necesitate vitală (Shepard, 2001). Acesta este şi momentul în care procedura are cele mai mari şanse de reuşită. Un pacient traumatizat poate fi aproape de o stare de hipnoză spontană sau măcar foarte receptiv la o inducţie hipnotică rapidă. Totuşi, pentru a avea succes, terapeutul trebuie să aibă o experienţă suficientă care să-i dea suficient de multă încredere în executarea inducţiei.

Pare uimitor cât de uşor îi este uneori unui doctor să hipnotizeze cu succes şi să administreze sugestii hipnoterapeutice unui pacient pentru care are un respect considerabil sau chiar o doză de afecţiune. Ideea este că raportul absolut necesar a fost stabilit. Acelaşi pacient poate să fi fost relativ nehipnotizabil de către un alt practician mai puţin experimentat sau, în cel mai bun caz, să fi obţinut doar o transă uşoară sau o simplă receptivitate minoră la sugestii fără să fi intrat sub hipnoză. Deşi unii pacienţi par să reziste la hipnoză, indiferent cine încearcă inducţia, situaţia poate fi deseori îmbunătăţită dacă terapeutul urmează dispoziţia – utilă în aproape orice tip

de terapie – „Când ai îndoieli, lucrează la relaţie". Raportul este elementul-cheie în orice intervenţie hipnotică; rezonanţa e şi mai bună.

Dacă, aşa cum este cazul deseori, durerea necesită alinare la fiecare câteva ore, recomandăm două abordări. Mai întâi, terapeutul ar trebui să facă o înregistrare audio cu întreaga inducţie şi cu sugestiile hipnotice pentru calmarea durerii, inclusiv cu încheierea hipnozei, care poate implica numărarea inversă de la 10 la 1. Pentru a preveni folosirea nepotrivită a înregistrării de către altcineva în afara pacientului căruia îi este destinată, terapeutul ar trebui (a) să semnaleze corespunzător zona înregistrării şi (b) să folosească în timpul înregistrării, acolo unde este cazul, prenumele pacientului. Astfel, de fiecare dată când acesta simte nevoia să-şi aline durerea, pur şi simplu ascultă caseta. Deoarece aceasta a fost făcută de terapeut special pentru el, iar sugestiile sunt sincronizate pentru a se potrivi cu viteza lui de răspuns, efectul este de repetare a experienţei hipnotice cu doctorul şi de obţinere a aceluiaşi rezultat, unul care, în general, durează aproape la fel de mult ca rezultatul iniţial.

Pentru că relaţia interpersonală apropiată cu doctorul reprezintă o parte din experienţa pacienţilor cu hipnoza clinică, este posibil ca efectele casetei, neîntărite, să se risipească după o vreme. De obicei, aceste efecte pot fi reînnoite fie printr-o altă şedinţă faţă-în-faţă cu terapeutul, fie prin ascultarea casetei în prezenţa terapeutului. Acest efort restabileşte relaţia şi potenţează eficacitatea sugestiilor hipnotice.

Autohipnoza

A doua abordare, care poate fi folosită când terapeutul nu poate veni personal să administreze un alt tratament hipnosugestiv, este de a-l învăţa pe pacient autohipnoza. (Vezi tehnica autohipnozei propusă de H. Watkins în capitolul 6.) Dacă o procedură de autohipnoză este indicată, doctorul ar trebui să folosească o abordare similară în timpul inducţiei iniţiale. Astfel, tehnica de focalizare a privirii pacientului asupra mâinii ridicate şi a sugerării că greutatea acesteia o va face să coboare poate fi adaptată la fel de bine de doctor ca inducţie şi, apoi, ca tehnică autohipnotică. Această procedură pur şi simplu îi învaţă pe pacienţi să-şi inducă singuri aceleaşi sugestii pe care le-ar rosti terapeutul. O persoană a spus că pentru ea era mai eficient să îl vizualizeze pe doctor spunându-i sugestiile (de inducţie,

de aprofundare şi pe cele terapeutice) şi să se imagineze ascultându-le. Această vizualizare părea să restabilească relaţia interpersonală apropiată pe care simţea că o are cu el, chiar dacă el nu era prezent.

Vizualizarea sau imaginarea este o metodă foarte eficientă de prezentare a sugestiilor. Pentru majoritatea oamenilor, ceea ce poate fi reprezentat mental are mai multă putere de a afecta comportamentul şi experienţele decât cuvintele. Până la urmă, vorbele se presupune că sunt semnale care stimulează comportamentul, dar dacă ele nu au înţelesuri reale, probabil vor avea efecte foarte reduse. De exemplu, Harding (1967) a descris o abordare reuşită a cefaleei migrenoase. El a folosit sugestii de vizualizare, cum ar fi „Migrenele sunt cauzate de vasele de sânge de la nivelul capului care se umflă excesiv. Acum, imaginează-ţi vasele de sânge ale capului. Vizualizează-le mari şi umflate. Acum imaginează-ţi-le devenind tot mai mici şi mai mici, revenind la normal, ducând cantitatea normală de sânge spre creier". Imagini ca acestea par să aibă mai mult efect asupra proceselor autonome decât simplele comenzi sau instrucţiuni.

Se consideră că cefaleea migrenoasă este cauzată de un exces de sânge în vasele craniene care determină lărgirea acestora. O altă metodă (A. Barabasz, 1977) prin care terapeutul poate folosi hipnoza pentru a elimina migrenele este de a induce hipnoza şi apoi de a-i cere pacientului să vizualizeze căi de a-şi încălzi extremităţile pe care le preferă. Această acţiune redirecţionează fluxul de sânge şi creează vasodilataţie periferică. Procedând astfel, volumul de sânge la nivelul capului este redus, iar migrena este atenuată (vezi şi Barabasz şi McGeorge, 1978). Această formă de hipnoză este, de obicei, mult mai eficientă decât a-i spune pur şi simplu pacientului că nu-l va mai durea capul. Anumiţi oameni, în special cei de origine britanică, pot fi mai degrabă orientaţi spre chinestezie decât spre vizual. Dacă nu pot vizualiza un sistem vascular sau un singur vas de sânge, pot reacţiona mai bine la sugestii referitoare la senzaţia de căldură, confort, gâdilare, relaxare şi aşa mai departe. Când terapeutul nu este sigur care modalitate senzorială este mai semnificativă pentru pacient (vizuală, auditivă, chinestezică, gustativă, olfactivă sau tactilă), pot fi folosite sugestii care cuprind impresii vii ale câtorva sau tuturor acestor simţuri. Astfel, când îi relaxează pe indivizi, terapeutul le poate cere să-şi imagineze o scenă liniştitoare, să vadă norii şi cerul albastru, să audă susurul blând al unui izvor, să simtă aerul cald pe piele şi să inspire mireasma delicioasă a

florilor de câmp. Cu cât sugestiile sunt mai vii şi cu cât modalităţile senzoriale pe care pacienţii le folosesc sunt mai semnificative, cu atât mai reale devin pentru ei şi cu atât mai mult ei se pot „arunca" într-o experienţă realistică, însemnată.

Schimbarea suferinţei şi a semnificaţiei durerii

Impactul esenţial al hipnozei este acela de a schimba componenta de suferinţă a durerii, nu prezenţa ei; experienţa durerii pacientului poate fi modificată şi făcută să fie resimţită diferit. Îi putem spune pacientului hipnotizat că disconfortul din braţ va fi perceput ca o uşoară presiune. El va şti că este acolo, dar nu va suferi de pe urma ei. Pacientul poate fi informat că durerea surdă din spate va părea o uşoară senzaţie de căldură. Astfel de sugestii, date într-o transă hipnotică adecvată, probabil întrerup procesele psihologice normale ale durerii mai mult decât o fac încercările de a le elimina, aşa cum putem vedea din cercetările asupra răspunsului cerebral recent la hipnoză ilustrate în figurile 9.1 şi 9.2. Reacţia creierului dovedeşte mai degrabă o atenuare a reacţiei decât ignorarea completă a senzaţiei. Până acum, dovezile experimentale controlate ne arată cum răspunde creierul la hipnoza pentru alinarea durerii. Aşadar, în sfârşit, avem la îndemână o metodă ştiinţifică pentru a evalua eficienţa relativă a diferitelor abordări, în acelaşi timp neştiind precis cum reuşeşte hipnoza să determine creierul să facă asta. Cineva s-ar putea gândi că e nevoie de o forţă mai mare pentru a suprima complet impulsurile dureroase, decât cea care le permite să se exprime, dar în feluri mai acceptabile. Mai mult, dacă există un motiv dinamic ascuns pentru care pacientul trebuie să simtă durerea, cum ar fi autopedepsirea, crearea şi prezenţa acesteia îi pot satisface nevoia. De exemplu, de multe ori corpul transformă emoţiile inacceptabile în durere. Astfel, cel care nu îşi poate exprima furia faţă de partenerul de viaţă poate simţi, în schimb, o angină pectorală (durere în piept). De îndată ce persoana se poate exprima altfel, durerea cedează. Pe de o parte, furia reprimată iniţiază spasme ale inimii şi, pe de altă parte, ea este deplasată în suferinţa aferentă acestora. Pacientul nu simte supărarea, el simte durere. Trecerea componentei de suferinţă într-o formă mai benignă reduce semnificativ dizabilitatea pacientului. Prin astfel de proceduri îi ajutăm pe indivizi să-şi suporte disconfortul, în ciuda faptului că, poate, nu sunt capabili să îl elimine.

O altă metodă este de a-l învăţa pe pacient să ignore durerea. Astfel, i-am spus unei femei în vârstă de 50 de ani care suferea de cancer la sân: „Nu trebuie să dai atenţie nici unei senzaţii de disconfort care provine din zona aflată mai jos de umeri. Le vei ignora pentru că eşti atât de ocupată şi interesată să asculţi muzică de calitate, să te uiţi la televizor, să citeşti cărţi şi să stai de vorbă cu prietenii". În acest caz, am folosit distragerea ca tehnică pentru a-l îndruma pe pacient spre disocierea durerii. Cu toate acestea, după cum ştim (Freeman *et al.*, 2000; J. Smith *et al.*, 1996) distragerea în sine este o alternativă slabă la alinarea durerii prin hipnoză adevărată. Evocarea hipnotică a disocierii este ceea ce îi permite într-adevăr pacientului să nu dea atenţie durerii. Când disociem o parte a corpului, pentru a o face să nu mai fie parte a sinelui, nu îi mai dăm atenţie şi nu ne mai deranjează. Amorţeala poate fi sugerată hipnotic într-o zonă şi apoi transferată (i se „permite" sau i se „cere" să „călătorească") spre alte zone, unde este necesară, dar care sunt mai puţin accesibile. Acest lucru este „imaginat" cel mai bine atunci când sugestiile hipnotice sunt legate de amintiri, cum ar fi „Îţi aminteşti când dentistul ţi-a injectat Novocaină în dinte. Retrăieşte asta acum în legătură cu [zona afectată]" pe care pacientul vrea să o facă să devină insensibilă. Amorţeala poate fi eficientizată dacă este stabilită ca fiind opusul durerii. Aşadar, terapeutul îi spune pacientului: „Când amorţeşti, nu mai simţi nimic în afara amorţelii de acolo".

Intervenţii disociative

Disocierea hipnotică este un proces extrem de complex, pe care nu îl înţelegem în întregime. Îl vedem în formele sale extreme în cazurile de personalitate multiplă (tulburare de identitate disociată) în care o parte a sinelui poate să nici nu ştie de existenţa unei alte părţi. Preferăm să considerăm aceste entităţi parţial persoane drept „stări ale eului" şi ele vor fi analizate mult mai detaliat în *Hypnoanalytic Techniques* (vezi şi Watkins şi Watkins, 1997). Amnezia reprezintă un alt exemplu de disociere. Indivizii nu îşi amintesc experienţele şi comportamentele pe care le-au avut într-o altă perioadă. Poate că şi uitarea normală este un proces disociativ. Totuşi, când se găsesc oameni într-un oraş străin, incapabili să-şi amintească propriul nume, casa sau familia, recunoaştem că este o anomalie şi considerăm asta o boală mentală.

Paralizarea isterică a unei părţi a corpului astfel încât aceasta să nu mai funcţioneze în cadrul „eului corporal" al individului este comparabilă cu disocierea unei părţi a vieţii experienţiale a cuiva, astfel încât aceasta să nu mai facă parte din „eul mental". Separarea unei anumite părţi din funcţionarea fizică sau psihică a omului astfel încât aceasta să nu mai fie resimţită ca parte a sinelui – ca „eu" – este un studiu fascinant, care poate fi iniţiat sau desfiinţat efectiv utilizând hipnoza. Mai târziu vom lua în considerare, pe larg, aspectele sale teoretice şi tehnice. Totuşi, pentru moment, să acceptăm faptul că disocierea proceselor corporale şi mentale există, că este posibilă manipularea acestui fenomen prin hipnoză şi că, prin urmare, o putem folosi eficient pentru tratarea diferitelor afecţiuni, atât psihologice, cât şi fiziologice.

Într-un fel, am început deja să o folosim când i-am spus pacientei noastre să „ignore" senzaţiile neplăcute provenite dintr-o anume parte a corpului. Este nevoie să continuăm cu extinderea acestor sugestii hipnotice. Îi putem spune pacientei în felul următor:

> Braţul tău drept nu mai face parte din tine. Sinele tău se opreşte la umăr. Braţul nu mai are nici o senzaţie sau mişcare. Nu îl poţi mişca pentru că nu mai este legat de tine. Simţi că există un spaţiu între capătul umărului tău şi începutul acelui braţ. Aşadar, nu există nici o legătură între el şi tine. Pentru că nu mai face parte din fiinţa ta, nu mai are puterea de a-ţi trimite impulsuri dureroase. Este mort şi ataşat ca o scândură de umărul tău. Nu simţi nici o senzaţie provenind de la el.

Am disociat temporar braţul pacientei de restul corpului ei. Prin urmare, orice impuls venit de la el va fi ignorat. Pacienta nu reacţionează; nu simte nimic în acel braţ şi nu are nici o durere acolo. Observă că în timpul sugestiilor hipnotice care sunt date (cu excepţia referirii iniţiale) braţul este descris ca un „el", „acel braţ" şi aşa mai departe, nu ca braţul „tău". Am încercat să transformăm acest membru într-un obiect, să îl îndepărtăm de subiect, de sine.

Nu doar o parte a corpului poate fi disociată, ci şi întregul trup. Sugestiile pot fi după cum urmează: „Acum stai lângă uşa camerei tale şi te uiţi la acel corp de pe pat care arată ca al tău. Poate că suferă de durere, dar tu nu, pentru că, în acest moment, tu şi el nu sunteţi unul şi acelaşi". În capitolul 11 descriem folosirea acestei proceduri în cazul naşterii. Tehnica disocierii este una dintre cele mai spectaculoase proceduri din arsenalul unui hipnoterapeut şi,

de obicei, necesită un pacient cu o hipnotizabilitate peste medie. Dacă această tehnică urmează să fie menţinută o vreme, terapeutul trebuie, în general, să dea sugestii pentru iniţierea ei atunci când pacientul este destul de profund hipnotizat. Disocierea în sensul pur este dificilă pentru cel care nu poate intra decât într-o transă foarte uşoară.

Întărirea eului şi reducerea durerii

Dacă ne gândim la eul oamenilor ca la un fel de muşchi mental, un organ creat pentru a-i ajuta să se adapteze la realitate, atunci această capacitate de a face faţă suferinţei este legată de forţa lui. Indivizii care sunt devastaţi emoţional de o frustrare minoră se consideră, din punct de vedere psihologic, că au un eu slab. Suportarea durerii seamănă destul de mult cu adaptarea la oricare altă adversitate a vieţii. Individul puternic poate duce o sarcină mai mare. Dacă oamenii sunt puternici din punct de vedere fizic, ei pot ridica o greutate mai mare ; dacă sunt puternici din punct de vedere psihic, pot duce o greutate mai mare a vieţii. În consecinţă, dacă putem întări un eu slab în cazul pacienţilor afectaţi de durere, îi putem învăţa mai bine cum să ignore durerea, cum să o disocieze, să o suprime sau să o suporte fără suferinţă.

Folosirea hipnozei cu sugestii menite anume să construiască eul pacientului a fost începută cu aproape 40 de ani în urmă de Hartland (1966). Procedura poate fi utilă pentru atingerea unei serii de scopuri terapeutice, inclusiv calmarea durerii. El a sugerat în repetate rânduri că individul se va simţi mai alert, mai energic, mai puternic din punct de vedere fizic, mai pregătit în fiecare zi şi va obosi mai greu. Terapeutul le spune pacienţilor că vor deveni mai interesaţi de orice ar face, că mintea lor va fi mai liniştită şi că pot gândi mai limpede. El le sugerează că vor fi mai greu de tulburat, mai relaxaţi, cu mai multă încredere şi că, în fiecare zi, se vor simţi mai optimişti.

Sigur că numărul de astfel de sugestii hipnotice pozitive poate fi crescut până la infinit. Există întrebarea dacă eul este întărit mai mult printr-o gamă largă de sugestii sau prin repetarea câtorva. Totuşi, nu încape îndoială că multe persoane răspund favorabil la această abordare, dezvoltă o perspectivă îmbunătăţită asupra vieţii şi sunt mai motivaţi pentru a face faţă problemelor cu care se confruntă.

Abordarea lui Hartland privind folosirea hipnozei nu diferă prea mult de cea a lui Coue (1923): „În fiecare zi, în toate felurile, îmi este tot mai bine".

Rezumat

Hipnoza este recunoscută pe scară largă drept tratament pentru pacienţii cu afecţiuni în care durerea este pronunţată. Deşi hipnoza contribuie la gestionarea multor proceduri chirurgicale prin alinarea sau eliminarea durerii, este cel mai bine ca ea să fie privită mai degrabă ca o completare decât ca un competitor al analgezicelor chimice. Sugestiile hipnotice directe pot fi extrem de eficiente în procedurile de urgenţă. Pacienţii cu afecţiuni acute şi cronice de durată pot fi învăţaţi autohipnoza. Procedurile au cele mai mari şanse de reuşită dacă nu sunt folosite pentru a trece întreaga responsabilitate a diminuării durerii în seama pacientului. Cercetări recente asupra activităţii cerebrale arată că hipnoza are la nivel senzorial efecte directe care atenuează perceperea senzaţiei. Totuşi, hipnoza şi-a demonstrat, pe termen lung, valoarea în modificarea suferinţei şi semnificaţiei durerii. Intervenţiile disociative pot fi extrem de complexe şi nu sunt înţelese în întregime, dar aceste tehnici pot fi foarte eficiente fie în reducerea, fie în modificarea durerii unui pacient. La nivel psihoterapeutic, toleranţa la durere poate fi, de asemenea, crescută substanţial prin procedurile de întărire a eului.

Note

1. Hipnoanalgezia pare să-şi piardă din efect cam în acelaşi ritm cu analgezia prin intermediul agenţilor chimici. Unei paciente tratate odată de John G. Watkins i s-au administrat, alternativ, hipnoanalgezia şi medicamente analgezice. În fiecare dintre cazuri, nu mai simţea durerea timp de trei ore.
2. În cadrul unui experiment recent privind suprimarea hipnotică a durerii, mâna unui participant a fost anesteziată hipnotic şi apoi cufundată în apă rece ca gheaţa, creându-se astfel ceea ce se numeşte „durerea presiunii la rece". Participantul a rămas nemişcat şi a raportat că nu simte nimic în acea mână, dar aproximativ un minut mai târziu a căpătat o durere violentă de stomac.

CAPITOLUL 10

Hipnoza în anestezie şi chirurgie

Acum un secol, la pe atunci nu atât de faimoasa clinică Mayo, dr. Alice Magaw a folosit hipnoza în peste 14.000 de operaţii nedureroase, fără să înregistreze nici măcar un singur deces legat de anestezie. La acea vreme, rata mortalităţii cauzate de folosirea eterului era de 1 la 400, chiar şi în cele mai bune spitale din ţară (Magaw, 1906).

Orientarea pacientului şi indicaţii privind hipnoza

Când pacienţii intră pentru prima dată într-un spital pentru o intervenţie chirurgicală majoră, ei rămân în scurt timp fără apărare. Sunt chestionaţi de personalul rece al spitalului şi trebuie să semneze formulare de consimţământ şi acte de transmitere de drepturi care chiar şi celui mai nepăsător observator i-ar da impresia că permit personalului medical să facă aproape orice, fără nici un protest din partea pacientului acum neajutorat. Apoi, deseori se fac analize de sânge, flebotomii, spălături intestinale, radiografii şi alte teste. Nu e de mirare că şi cel mai puternic individ începe să aibă un sentiment de insecuritate care se poate transforma în frică şi, în cazul unora, efectiv în teroare.

Anesteziştii care sunt dispuşi să-şi viziteze pacienţii în această perioadă şi să-i liniştească au un efect semnificativ asupra calmului cu care pacienţii înfruntă operaţia şi perioada de recuperare. Menţionarea sălii de reanimare îi va avertiza pe aceştia cu privire la faptul că, atunci când se vor trezi, se vor afla într-un alt salon decât cel din care au plecat pe când erau conştienţi şi că, poate, vor fi înconjuraţi de alţi pacienţi. Asta îi ajută să nu se sperie de noul mediu. Cu cât pot fi date mai multe amănunte privind procedura, cu atât este mai probabil ca bolnavii să le facă faţă. De obicei, ne descurcăm mai bine cu lucrurile pe care le înţelegem.

Indicaţiile clasice privind folosirea hipnozei în anesteziologie au fost notate de Marmer (1959), o extraordinară autoritate timpurie în acest domeniu. Ele includ : a) abilitatea de a depăşi anxietatea şi frica ; b) asigurarea unei reacţii mai confortabile în timpul anesteziei şi a recuperării postoperatorii ; c) capacitatea de a creşte pragul de rezistenţă la durere ; d) abilitatea de a induce anestezia sau analgezia.

Henry Bennett (1993) a dezvoltat şi a testat noi aplicaţii ale hipnozei în chirurgie, inclusiv : a) reducerea cantităţii de agenţi chimici necesari pentru anestezie sau înlocuirea lor completă ; b) reducerea cantităţii de sânge pierdut în timpul operaţiei ; c) repornirea circulaţiei sangvine în zona afectată de operaţie pe durata procesului de vindecare ; d) creşterea vitezei de vindecare şi recuperare după operaţie.

După inducerea hipnozei, Bennett îi spunea pacientului : „Am dori să ne ajuţi. Ar fi mai bine pentru tine şi mai bine pentru noi. Aş vrea să-ţi vorbesc despre cum poţi deveni un participant mai activ la anestezierea şi reparaţia ta chirurgicală". Sigur că, în timp ce pacientul se află sub anestezie, nu se aşteaptă de la el să facă ceva conştient. I se cere să-şi lase corpul să răspundă involuntar : „La fel cum sângele îţi urcă în obraji şi te face să roşeşti când îţi este ruşine". De exemplu, celor cărora urmează să le fie operată coloana vertebrală li se spune sub hipnoză : „Pentru a ne asigura că vei pierde foarte puţin sânge în timpul operaţiei, este important ca, pe durata intervenţiei, sângele să plece din zona coloanei vertebrale spre alte părţi ale corpului tău. Aşadar, în timpul operaţiei, sângele va pleca din spatele tău. Apoi, după operaţie, va reveni în acea zonă pentru a aduce nutrienţi şi pentru a-ţi vindeca trupul rapid şi complet". Hipnoza e simplu de administrat, chiar şi celor care sunt doar moderat hipnotizabili.

Dar funcţionează ? Până la această dată, la University of California (Davis) Medical Center, peste 100 de pacienţi care au suferit astfel de operaţii la coloană au trecut prin această procedură de hipnoză. Cei care au folosit hipnoza au pierdut în medie 500 cm^3 de sânge, în vreme ce pacienţii din grupul de control care au urmat procedura medicală standard şi grupul care a învăţat tehnicile de relaxare profundă au pierdut, în medie, cantitatea obişnuită de peste 900 cm^3 de sânge. Bolnavii expuşi protocolului de hipnoză sunt mai fericiţi, iar furnizorii economisesc bani.

Deseori, trauma stresului îl face pe un pacient mai hipnotizabil. Mai dispare din atitudinea critică ce, în mod normal, trebuie suspendată

pentru obţinerea celor mai bune rezultate. Prin urmare, sugestiile hipnotice pentru relaxare, eliberare de frică şi capacitatea de a dormi în noaptea dinaintea operaţiei pot fi mult mai eficiente în a-i ajuta pe pacienţi să fie în cea mai bună formă în dimineaţa intervenţiei decât simpla prescriere a unui sedativ. Cu cât oamenii au nevoie de mai puţine medicamente înaintea operaţiei, cu atât mai probabil este ca ei să aibă o recuperare postoperatorie rapidă. Mai mult, sugestiile care au ca efect calmarea şi confortul în sala de operaţie pot face multe pentru înlăturarea atât a fricii iniţiale, cât şi a posttraumatizării. Uneori, pacienţi care au trecut printr-o intervenţie chirurgicală au fost atât de traumatizaţi de această experienţă, încât au căpătat o anxietate de lungă durată, o nevroză sau o fobie care au necesitat o perioadă extinsă de psihoterapie. Cu cât individul este mai relaxat şi se simte mai confortabil, cu atât mai puţin probabil este ca el să devină, mai târziu, pacientul unui psihiatru. Regula stăpânirii unei experienţe semnificative determină dacă ea se încheie cu o maturizare sau lasă în urmă o persoană speriată şi cu un eu slăbit. Atât Marmer (1959), cât şi Crasilneck şi Hall (1985), care au avut multă experienţă în domeniul hipnoanesteziei, au extins factorul relaţiei în reducerea tensiunii preoperatorii.

Procedurile chirurgicale majore pot fi executate şi doar cu ajutorul hipnoanesteziei. În multe cazuri s-a întâmplat aşa, dar, dacă tratamentul hipnotic nu este suplimentat de anestezie prin agenţi chimici, pacientul trebuie să fie un participant excelent, capabil de o transă profundă şi să aibă o pregătire adecvată înainte ca operaţia să înceapă. Doar aproximativ 10% dintre pacienţi îndeplinesc aceste criterii. Cel mai mare avantaj al hipnoanesteziei pare a fi integrarea acesteia cu anestezicele chimice, astfel încât este necesară administrarea unei medicaţii mai reduse decât de obicei. Din acest punct de vedere, hipnoza este gata să aducă o contribuţie semnificativă la majoritatea proceselor chirurgicale.

Hipnoza este, poate, tratamentul preferat când pacientul are o fobie legată de anestezie, rămasă poate de la o operaţie anterioară. În anumite cazuri, bolnavul este alergic la sedative, iar hipnoza este indicată. Există, de asemenea, riscuri chirurgicale în cazul cărora anestezia prin agenţi chimici reprezintă un real pericol. În astfel de situaţii, hipnoza este, cel mai adesea, anestezia preferată. Fredericks (2001, p. 94) a remarcat că metoda este deosebit de eficientă şi indicată în special când e vorba o anestezie spinală sau epidurală

inadecvată, care îl doare foarte tare pe pacient, sau când zona în care urmează să fie efectuată operaţia este prea extinsă, iar cantitatea necesară de anestezic local ar fi prea mare şi posibil toxică. Schultz--Stubner (1996) au folosit în mod obişnuit hipnoza în locul sedativelor cerebrale, în special în cazurile cu un grad de risc crescut, datorită siguranţei hipnozei.

Pacienţii nu ar trebui niciodată forţaţi să accepte hipnoza. Totuşi, dacă se dovedesc puternic hipnotizabili, îşi pot da acordul, cu condiţia să fie asiguraţi că alte anestezice sunt disponibile imediat în cazul în care simt nevoia să întărească hipnoanestezia. Chiar şi atunci când lucrează cu bolnavi puternic hipnotizabili, anesteziştii înţelepţi sunt pregătiţi pentru orice eventualitate care poate necesita întreaga gamă de proceduri.

Proceduri medicale potrivite pentru hipnoză

Gama de proceduri medicale care acum au o istorie a succeselor în ce priveşte hipnoza ca singurul sau principalul anestezic este cu adevărat largă (Gauld, 1988). Kelsey şi Barrow (1958) au raportat folosirea cu succes a hipnozei pentru a menţine o grefă la picior când era important ca pacientul să fie „blocat" într-o poziţie fixă pentru o lungă perioadă de timp. Marmer (1959) a descris cazuri specifice implicând laminectomia, tiroidectomia, ligaturarea venelor, operarea fistulei recto-vaginale, cistectomia, colecistectomia, vindecarea herniei, hemoroidectomia, histerectomia, pneumonectomia, comisurotomia mitrală şi pudrajul cardiac, ca să menţionăm doar câteva. În fiecare dintre aceste cazuri el a indicat că, indiferent dacă hipnoanestezia a fost folosită singură sau în combinaţie cu medicamente, cantităţile şi tipurile de anestezie prin agenţi chimici au fost dramatic reduse. El a descris, de asemenea, tehnicile chirurgicale specifice şi evoluţiile postoperatorii implicate. Unitatea Elvirei Lang (Lang, Joyce, Spiegel, Hamilton şi Lee, 1996) de la Beth Israel Deaconess Medical Center (Harvard) foloseşte hipnoza ca anestezic standard pentru o serie întreagă de proceduri complet invazive.

În cazurile în care este necesară doar anestezia locală, terapeutul poate face sugestii hipnotice specifice prin atingerea sau mângâierea zonelor indicate. Astfel, un terapeut îi poate spune pacientului : „Pe măsură ce ating această zonă a corpului tău, ea va amorţi. O vei simţi

ca şi cum ar fi acoperită cu o mănuşă de piele. Nu vei avea nici o senzaţie de durere în ea. Poţi ignora această mână cât timp lucrez la ea". Sugestiile de acest fel pot fi piramidale, adică pacientului i se poate spune: „De fiecare dată când ating mâna, senzaţia de amorţeală va creşte".

O variantă utilă este aceea de a sugera că o bucată de gheaţă este ţinută în zona ce urmează să fie anesteziată. Senzaţia de frig este construită prin intermediul vizualizărilor repetate şi sugestive. Poate fi experimentată de pacient ca halucinaţie hipnotică.

Pe durata inducţiei hipnotice, inclusiv a sugestiilor, anesteziei sau analgeziei efectuate de anestezist, de un psiholog sau de un consilier psihologic înaintea operaţiei propriu-zise, eficienţa hipnoanesteziei poate fi verificată cu ajutorul unor cleme. Eu (A.F.B.) prefer să folosesc o pensă hemostatică, ce are protecţie de cauciuc pentru a le dovedi pacientului şi medicului care va efectua procedura că durerea a fost într-adevăr controlată prin hipnoză. Testele de acest gen ar trebui administrate înaintea operaţiei, presupunând că există suficient timp pentru orientarea pacientului.

În tratarea pacienţilor cu arsuri (Ewin, 1986a, 1986b) deseori apar două probleme pentru care hipnoza poate oferi o soluţie: debridarea ţesuturilor moarte şi schimbarea pansamentelor. Ambele pot fi foarte dureroase şi nu este posibilă stropirea normală a zonei afectate cu un analgezic chimic, pentru că ea se află deja sub pansamentul vechi. Deşi sedativele pot fi de ajutor, o anestezie generală ar fi contraindicată. În astfel de cazuri pacienţii pot fi învăţaţi cum să dezvolte o anestezie „în mănuşă" la nivelul unei mâini şi apoi pot fi instruiţi să o transfere în zona afectată apăsând uşor cu mâna anesteziată partea acoperită de pansament. Anestezia este transferată, iar pansamentul poate fi îndepărtat fără disconfort sau cu unul minim (Gilboa, Borenstein, Seidman şi Tsur, 1990; Patterson, Questad şi Boltwood, 1987).

O altă problemă comună în gestionarea arsurilor este aceea a anorexiei. Aici hipnoza este folosită pentru a stimula senzaţia de foame şi apetitul. Imagini ale unor mâncăruri delicioase vizualizate de pacientul hipnotizat, combinate cu sugerarea dorinţei de a mânca, pot face adesea minuni în astfel de cazuri. Desigur, acelaşi tip de sugestii hipnotice pot fi folosite pentru tratarea anorexiei provenite din alte motive (M. Barabasz, 1996), atât timp cât hipnoza este folosită cu grijă ca adjuvant al unei abordări psihoterapeutice complexe.

Milton Erickson (1967) a descris o abordare a gestionării durerii în care pacienţii sunt instruiţi sub hipnoză să „îşi comprime" durerea într-o perioadă de timp foarte scurtă şi intensă. Astfel, suferind puternic un minut sau două, pacienţii se pot elibera de durere timp de mai multe ore. Această abordare pare promiţătoare, dar încă nu s-au raportat date obiective cu privire la eficacitatea ei în comparaţie cu alte tehnici de modificare a durerii. Evident că aceasta ar fi o temă excelentă pentru o lucrare de doctorat, o serie de experimente de laborator sau un set de teste clinice.

John Watkins (1978) a descris un caz de cancer care, la început, a fost rezistent la hipnoză. A doua zi a reuşit să inducă transa şi să calmeze durerea după ce şi-a analizat două dintre propriile vise pe care le avusese în noaptea care a urmat eşecului. Aceste vise i-au arătat că se implicase personal în succesul acestui caz ca demonstraţie a forţei hipnozei menită să-i impresioneze pe scepticii colegi medici. Înţelegerea propriei „urâţenii" visate i-a permis ca a doua zi să stabilească o relaţie mai apropiată cu pacienta sa, o relaţie pe care ea a simţit-o dedicată bunăstării ei ca scop în sine, nu încercării de a obţine un „trofeu terapeutic". Acest caz ilustrează importanţa unei relaţii sănătoase doctor-pacient ca o precondiţie a succesului în hipnoterapie. Aşa cum a subliniat Kluft (2003), un doctor înţelept tratează omul şi nu boala. Întâlnirile cu bolnavii, care stabilesc accesul spre zone neştiute ale minţii acestora, pot fi greşit interpretate ca ameninţări la adresa identităţii, funcţionării, stabilităţii sau chiar siguranţei.

Unul dintre principalele dezavantaje ale folosirii hipnozei în chirurgie este cantitatea de timp necesară uneori pentru a induce o transă îndeajuns de profundă. Esdaile a petrecut deseori mai multe ore cu fiecare pacient înainte de operaţie. Astăzi, numărul de operaţii efectuate şi presiunile asupra timpului anestezistului şi chirurgului nu prea permit alocarea multor ore, poate pe o durată de câteva zile, pentru pregătirea bolnavului. De multe ori, acesta ajunge în spital în seara dinaintea operaţiei sau chiar în dimineaţa respectivă. În cel mai bun caz, mai rămâne vreme pentru o scurtă vizită din partea doctorilor şi trebuie făcute atât de multe într-un timp atât de scurt. Mai mult, dacă medicii implicaţi trebuie să taxeze în funcţie de durata petrecută cu fiecare caz, costurile pentru pacientul care primeşte hipnoanestezia pot fi prohibitive. Pentru că acum sunt disponibile atâtea anestezice de calitate, iar anesteziştii cunosc foarte

bine aspectele tehnice ale folosirii lor, abordările controlului durerii care consumă mai mult timp, cum ar fi hipnoza, tind să fie ignorate. Aşa cum s-a demonstrat în secţia de radiologie intervenţională de la Harvard Medical School, începem să regândim felul în care am făcut asta în trecut şi să dezvoltăm, în sfârşit, modalităţi de a implica un personal medical şi psihologic auxiliar, mai puţin costisitor, pentru a asista sub supraveghere.

În ciuda dezavantajelor, în multe cazuri hipnoza contribuie substanţial la chirurgie şi anesteziologie şi, uneori, există indicaţii speciale care o fac să fie anestezia preferată, cum ar fi pericolul decompensării cardiace sau respiratorii. Cunoştinţele privind utilizările hipnozei şi limitele ei ar trebui să facă parte din pregătirea tuturor chirurgilor şi anesteziştilor. Personalul capabil să o aplice, de obicei un specialist în psihologice clinică sau consiliere psihologică, ar trebui să fie disponibil când este nevoie. Hipnoza nu e întotdeauna cea mai convenabilă şi eficientă formă de anestezie ; însă cu siguranţă este cea mai sigură şi una dintre cele mai bune metode pentru a asigura implicarea pacientului în propriul tratament.

Hipnoza în chirurgie: factori psihologici

Chirurgia este o intervenţie asupra corpului fizic ce poate schimba funcţionarea acestuia în feluri extrem de complexe. S-a dat mai puţină atenţie faptului că este şi o experienţă psihologică traumatizantă. Funcţionarea mentală şi emoţională normală pot fi serios perturbate ca rezultat al operaţiei sau înaintea ei, în aşteptarea temutului eveniment. Dacă privim omul ca pe un sistem de echilibru fiziologic-psihologic-social care funcţionează ca un întreg, atunci afectarea ţesuturilor poate determina o reorganizare drastică a funcţionării psihologice.

Este bine cunoscut faptul că pacientul e deseori deprimat în urma unei operaţii. Nu este nici pe departe la fel de acceptat şi înţeles de către medici faptul că procesul poate funcţiona şi în sens invers. Pe scurt, suntem mai conştienţi că „insultarea” ţesuturilor poate cauza tulburări psihologice decât suntem că tulburările psihologice pot provoca leziuni ale ţesuturilor. Recent, rolul factorilor emoţionali în menţinerea (şi chiar iniţierea) proceselor maligne a fost demonstrat destul de clar prin intermediul cercetărilor controlate (vezi Achterberg,

Simonton şi Simonton, 1976). În consecinţă, efectele pe care proceduri ca lobotomiile sau blocajele neuronale le au asupra comportamentului şi senzaţiilor pot fi comparate cu consecinţele tensiunii, stresului şi conflictelor emoţionale asupra funcţiilor organismului.

Din această perspectivă holistică, tehnica fizică de efectuare a unei intervenţii chirurgicale plus gestionarea perioadei postoperatorii reprezintă doar o parte (deşi cea mai semnificativă) din impactul total asupra unui individ. Chirurgul şi anestezistul înţelept vor acorda multă atenţie factorilor psihologici care pot influenţa mult rezultatul procedurii. Dacă aceştia sunt înţeleşi şi mobilizaţi, şansele pacientului la o recuperare reuşită cresc foarte mult. Dacă ei sunt ignoraţi şi prost administraţi, evoluţia postoperatorie poate fi una dificilă. În anumite cazuri, aceşti factori psihologici fac diferenţa între recuperare şi deces.

Ne preocupă întreaga funcţionare psihologică a pacienţilor – emoţională, perceptuală şi cognitivă –, în vreme ce se apropie momentul operaţiei, în timpul acesteia şi pe durata reacţiei postoperatorii. Hipnoza este doar una dintre multele intervenţii psihologice. Totuşi, este o tehnică specifică, ce poate fi folosită în scopuri precise înainte, în timpul şi după operaţie, pentru a facilita gestionarea situaţiei, şi poate deveni o procedură terapeutică extrem de puternică pentru suplimentarea şi facilitarea intervenţiei chirurgicale. E un lucru obişnuit ca medicii, care gândesc în principal în termeni fiziologici, să subestimeze valoarea hipnozei.

Orice chirurg s-a confruntat cu un pacient anxios, tensionat, cuprins de teamă, care se poate lăsa pradă unei atitudini de resemnare fatalistă, poate paraliza de frică sau chiar refuza sfaturi medicale rezonabile. Un astfel de om evită o procedură chirurgicală necesară, uneori chiar cu preţul vieţii sale.

Temerile preoperatorii reprezintă deseori o complicaţie semnificativă pentru adaptarea postoperatorie. Contrar credinţei populare, cel care se arată complet calm nu este întotdeauna cel care se recuperează cel mai bine. Mulţi oameni obţin această placiditate aparentă printr-un control excesiv şi în perioada de după operaţie sunt înclinaţi spre dezvoltarea de fobii şi obsesii. Acum mai bine de 40 de ani, Janis (1958) a descoperit că există un nivel optim de anxietate. Persoanele care îl depăşesc sau se situează sub nivelul respectiv au dovedit o adaptare postoperatorie mai puţin satisfăcătoare. Cu toate acestea, pacienţii care au fost informaţi în legătură cu experienţele anticipate

au fost mai puţin expuşi la furie sau tulburare emoţională în timpul perioadei de convalescenţă.

Ca adjuvant în oferirea de astfel de informaţii şi asigurări, terapeutul poate face o casetă audio cu relaxarea hipnotică de bază însoţită de instrucţiuni date pacientului la nivele hipnotice. Un bolnav care ascultă înregistrarea în timpul perioadei preoperatorii va fi mai puţin tensionat în ziua operaţiei şi, de obicei, va avea o recuperare mai rapidă. Există multe dovezi care atestă faptul că pacienţii care intră în operaţie stăpâniţi de teamă şi cu atitudini negative sunt mai predispuşi riscurilor chirurgicale decât cei care se pot relaxa, care pot înţelege natura intervenţiei şi se pot pregăti pentru un maxim de colaborare. Teama iniţială poate fi redusă semnificativ dacă atât chirurgul, cât şi anestezistul îl vor linişti cum se cuvine pe bolnav înaintea operaţiei. Totuşi, dacă hipnoza urmează să fie folosită într-o procedură chirurgicală asupra unei persoane care se află în psihoterapie, în special una intensivă sau analitică, ar fi bine să fie consultat psihoterapeutul curant. În unele cazuri, hipnoza poate fi contraindicată din motive psihologice.

Tehnici de ameliorare a fricii

Să ne gândim la contactul iniţial cu pacientul în momentul sosirii acestuia la spital. El este deseori chestionat într-o manieră non-empatică în legătură cu adresa, religia, capacitatea de a plăti şi aşa mai departe, de un intervievator de la internări. Pacientul începe să se simtă ca un obiect, o „chestie". Poate că el se confruntă cu cel mai înspăimântător eveniment din viaţa lui. Totuşi, nimeni nu îi ia în calcul nevoile emoţionale. În această etapă, fobiile legate de procedura chirurgicală şi întrebările e posibil să fie expediate de persoana de contact care, de cele mai multe ori, este mai degrabă un reprezentant al administraţiei decât un membru al personalului medical. Pacienţii neajutoraţi se trezesc într-un mediu străin, impersonal, înconjuraţi de oameni eficienţi, care nu au timp să-i dădăcească. Prietenii şi rudele pleacă sau sunt conduse afară, iar bolnavii sunt liberi să se gândească la ce e mai rău.

Acesta este momentul în care un contact cu chirurgul, oricât de scurt, poate fi de un mare ajutor. Medicul care nu este prea grăbit să scape de temerile pacientului, ci este dornic să le lase să se exprime

va descoperi că nivelul de anxietate scade, iar preocuparea pacientului poate fi direcţionată spre întrebări constructive cu privire la desfăşurarea procedurii care urmează. Mecanismele noastre de adaptare pot face faţă mai bine unui pericol cunoscut decât unuia neştiut. Prin urmare, un bun chirurg, atunci când are timp sau măcar înainte de operaţie, va repeta împreună cu pacientul ce urmează să se întâmple. Ideal este ca asta să implice o explicare pas cu pas a fiecărei etape.

Probabil că atunci pacientul va fi foarte influenţabil. El va reacţiona cu foarte mult calm dacă medicul îi descrie procedurile într-o manieră liniştită, dar fermă (încrezătoare). Asta îl informează pe pacient la ce să se aştepte şi, în acelaşi timp, îi transmite mesajul : „Ştiu ce fac. Operaţia va fi efectuată competent".

Verbalizarea poate fi deosebit de importantă. Astfel, „disconfort" nu este un termen la fel de alarmant ca „durere" sau „suferinţă". „Separare" poate să nu stimuleze atât de mult anxietatea ca „tăiere". În timp ce chirurgul repetă operaţia sau, cu grijă, i-o explică pacientului dinainte, el îl şi desensibilizează pe bolnav. Sugestiile pe care i le furnizează pot avea un efect puternic, chiar şi fără hipnoză.

Această „repetiţie" a procedurii chirurgicale poate fi făcută mai bine sub hipnoză. Pacientul este hipnotizat cu ajutorul uneia dintre metodele descrise în capitolele anterioare şi sunt trecuţi în revistă diverşii paşi ai intervenţiei. În acest moment, pot fi date sugestii hipnotice, folosindu-se un limbaj nontehnic. Procedura hipnotică este menită nu doar să relaxeze şi să reducă tensiunea, dar şi, mai pozitiv, să minimizeze sângerarea stimulând atitudinile constructive, speranţa şi voinţa de a se recupera. O formă de verbalizare a acestor sugestii hipnotice, după ce s-a obţinut un nivel rezonabil de profunzime hipnotică, poate fi următoarea :

> Acum, că eşti profund relaxat, descoperi că eşti calm şi în siguranţă. Ştii că procedura medicală pe care o vei urma va fi efectuată cu abilitate, astfel încât să te poţi recupera rapid. Înţelegi ce trebuie făcut ; nu e cazul să-ţi faci griji. Întreg personalul este competent şi pregătit să se ocupe de fiecare aspect. Ştii că eşti pe mâini bune. Abia aştepţi rezolvarea problemei tale medicale şi îmbunătăţirea vieţii tale. Eşti foarte puternic în interiorul tău şi ai forţă. Poţi face faţă cu bine acestei situaţii. Îi poţi lăsa pe chirurgul tău, pe anestezistul tău şi întreaga echipă de chirurgie să-şi îndeplinească rolurile eficient, în timp ce tu rămâi liniştit şi calm sub anestezie. Este bine să ştii că oameni capabili se ocupă de binele tău.

Astfel de sugestii hipnotice pot fi administrate de chirurg, anestezist, de un consilier psihologic sau de un psihiatru care ştie tehnicile hipnotice. Totuşi, este destul de important ca pacientul să se întâlnească faţă în faţă cu chirurgul şi cu anestezistul. El are nevoie să ştie exact cine sunt oamenii importanţi şi pe ce mâini se află acum corpul şi, poate, viaţa lui.

Reacţiile şi întrebările exprimate de pacient vor fi ascultate cu atenţie. Cel care spune „mă tem că o să mor" nu este „nevrotic". De fapt, această grijă este reală. Există dovezi că indivizii care intră în sala de operaţie cu o astfel de atitudine pot fi, într-adevăr, mai predispuşi riscurilor chirurgicale. Deşi nu este înţelept să-l contrazici pe bolnav, ar trebui depuse eforturi pentru a schimba aceste credinţe. Vom vedea în *Hypnoanalytic Techniques* dacă această „credinţă" este o cauză sau un efect al procesului intern distructiv. Poate funcţiona ca o autosugestie. Oamenii care cred că vor muri chiar este mai probabil să-şi piardă viaţa. Printre altele, unii practicieni (Cheek şi LeCron, 1968) îl întreabă pe pacient, sub hipnoză, care este momentul cel mai potrivit pentru operaţie. Este o întrebare direcţionată spre procesele inconştiente ale pacientului. Răspunsul poate avea o validitate substanţială.

Persoanele a căror anxietate a fost redusă prin explicarea procedurilor ce urmează să fie făcute, liniştire, repetiţie şi sugestii pozitive menite să îmbunătăţească atitudinea (în sau în afara hipnozei) de cele mai multe ori vor avea nevoie de mai puţine medicamente preoperatorii, crescându-şi astfel şansele de recuperare. Sunt momente în timpul operaţiei când ar fi de dorit asigurarea unui răspuns din partea pacientului în urma vreunei proceduri, lucru rareori posibil sub anestezia prin agenţi chimici. În cazul hipnoanesteziei acest lucru este aproape întotdeauna posibil.

Comunicarea hipnotică cu pacientul

Ewin (2003) predă metoda de comunicare „ideomotorie" cu pacientul pentru a obţine, în timpul operaţiei şi altor proceduri medicale, reacţii din partea proceselor ascunse. Sub hipnoză, se sugerează că atunci când este pusă o întrebare, „inconştientul" va reacţiona prin ridicarea degetului de la o mână pentru a indica răspunsul. Astfel, ridicarea degetului arătător poate însemna „da", a degetului mijlociu –

„nu", a degetului mic – „nu sunt sigur" şi a degetului mare „prefer să nu răspund". Ewin a explicat că în acest fel este posibilă comunicarea cu pacientul care nu mai poate vorbi. Cheek şi LeCron (1968) au relatat că metoda a fost utilizată pentru a obţine o reacţie din partea muribunzilor, chiar şi după ce ei par să fi trecut dincolo de tărâmul comunicării. Cheek şi Ewin au remarcat că prin intermediul acestei tehnici au reuşit să stârnească reacţii din partea indivizilor regresaţi la nivele preverbale din primele perioade ale copilăriei. În felul acesta, terapeutul poate, de asemenea, să-i ceară pacientului să „prezică" data recuperării, care este deseori – dar nu neapărat întotdeauna – corectă.

Dacă o persoană este hipnotizată înaintea operaţiei, pot fi date sugestii după cum urmează: „În timpul operaţiei vei rămâne foarte calm. Nu va fi necesar să te mişti". Asta ajută la asigurarea unui mediu de lucru liniştit pentru chirurg. Astfel de sugestii îi permit şi pacientului să suporte proceduri incomode îndelungate, în cazurile în care anestezia generală este contraindicată.

S-a presupus că sub o anestezie generală, în timpul căreia este asigurată relaxarea musculară profundă, pacientul este şi incapabil să audă şi să reacţioneze la cuvintele rostite în preajma sa. Totuşi, cercetătorii au descoperit că bolnavii care au fost ulterior hipnotizaţi au putut, de multe ori, să relateze o mare parte din ceea ce s-a spus şi s-a făcut în timpul operaţiei (Bennett, 1993; Cheek, 1964; Levinson, 1965; Pearson, 1961). Remarcele negative sau necuviincioase făcute de membrii echipei chirurgicale au fost recepţionate şi înregistrate la nivele ascunse şi au avut un impact decisiv asupra recuperării (Ewin, 1990). Chiar dacă Trustman, Dubovsky şi Titley (1977) au aruncat o umbră de îndoială asupra acestor descoperiri, doctorii şi asistentele ar face bine să-şi ţină gura în timpul operaţiei. Remarce ca „nu cred că mormanul ăsta bătrân de grăsime va scăpa" sau „ăsta e pe ducă; probabil nu o mai ţine mult, indiferent ce facem noi aici" pot fi devastatoare şi pot avea un efect similar cu ceea ce s-ar întâmpla dacă pacientul ar fi hipnotizat şi apoi i s-ar spune: „Nu te respectăm prea mult şi ne aşteptăm să mori". În cazurile cu risc chirurgical ridicat, o asemenea remarcă ar putea face diferenţa între recuperare şi moarte în perioada postoperatorie.

Dacă pacienţii aflaţi sub anestezie pot reacţiona la sugestii negative, ei pot să fie şi constructiv influenţaţi când medicul, anestezistul sau alţi profesionişti profită de această perioadă pentru a face remarce

care subliniază terminarea cu succes a diferitelor etape ale operației și pentru a strecura sugestii menite să grăbească vindecarea. Acestea își demonstrează clar valoarea când proceduri chirurgicale majore sunt efectuate cu anestezie locală completată de folosirea anesteziei intravenoase sau a sedării combinate cu narcotice. Fredericks (2001) a remarcat că „datorită convenabilității și ușurinței în administrare, majoritatea chirurgilor folosesc această tehnică aproape ca pe o rutină" (p. 94). În loc de „hipnoză", această tehnică este de obicei numită MAC (*Monitored Anesthesia Care*) (Îngrijire Anestezică Monitorizată). Wolfe și Millet (1960) i-au demonstrat valoarea în cazul chirurgiei cu anestezie generală completă. Sugestiile ar putea fi următoarele:

> Gata, s-a rezolvat. Nu ar mai trebui să te supere. Când te vei trezi, te vei simți confortabil, foarte bine. Vei putea să dormi liniștit, să bei apă, să respiri bine și să tușești dacă e cazul. Nu trebuie să-ți fie greață.

Sigur că întreaga echipă chirurgicală ar trebui să fie conștientă de importanța pe care o pot avea astfel de sugestii atunci când pacientul este aparent complet anesteziat și să fie sensibili la posibilitățile de a interveni pozitiv din punct de vedere psihologic. Altfel, aceste remarce vor fi luate în derâdere de acei doctori sau asistente care nu știu despre descoperirile privind semnificația lor.

Nu ar trebui să existe nici o ezitare în sugerarea aspectelor dorite privind cooperarea și recuperarea. În rândul celor mai utile sugestii care pot fi date pentru a îmbunătăți desfășurarea recuperării postoperatorii a unui pacient sunt: a) lipsa grețurilor; b) capacitatea de a tuși fără durere; c) aportul crescut de lichide și apetitul pentru mâncare; d) nevoia unei cantități mai mici de narcotice și sedative; e) controlul reflexului de vomă și al sughițului. Ideal ar fi ca acestea să fie date înaintea intervenției cu ajutorul hipnozei, dar ele pot fi administrate sau întărite și în timp ce pacientul se află încă pe masa de operație.

Relația personală în timpul operației

Helen Watkins (1976) a relatat cazul unei femei de vârstă mijlocie pe care o trata prin psihoterapie pentru alcoolism și care se hotărâse să facă un lifting facial, sperând să șteargă ridurile care îi marcaseră

anii în care şi-a neglijat sănătatea, corpul şi aspectul. Deoarece hipnoza fusese o parte integrantă a psihoterapiei, pacienta şi-a întrebat medicul dacă poate fi folosită pentru a o ajuta pe durata operaţiei. După discutarea situaţiei cu chirurgul, psihoterapeuta l-a întrebat în ce fel ar putea-o ajuta pe pacientă să treacă peste operaţie. El a menţionat în primul rând reducerea tensiunii şi a durerii şi apoi a remarcat: „Sigur că mi-aş dori ca sângerarea ei să poată fi restrânsă".

Terapeuta nu a promis nimic, dar când pacienta a fost hipnotizată următoarea dată, după ce au fost administrate sugestii privind liniştea, calmul şi eliberarea de durere, i s-a spus şi că „nu trebuie să sângerezi". Operaţia, făcută cu anestezie locală, a avut destul de mult succes, iar pacienta s-a trezit cu chipul şi moralul îmbunătăţite. Chirurgul a remarcat că, spre deosebire de alte cazuri, sângerarea a fost minimă. Totuşi, mai târziu, pacienta i-a relatat terapeutei că în timpul operaţiei a avut un impuls foarte puternic de a sângera, aproape ca şi cum o forţă interioară îi spunea „Sângerează! Sângerează!". Atunci ea răspundea cu o altă parte a sinelui: „Nu voi sângera. Helen nu vrea să sângerez". Spunându-i pacientei „Nu trebuie să sângerezi" şi repetând asta, ea i-a întărit ideea că „Nu voi sângera. Helen nu vrea să sângerez". Helen şi-a implicat propria rezonanţă şi relaţie terapeutică în lupta inconştientă a pacientei cu sine însăşi. În timpul operaţiei, starea eului care îi poruncea „Sângerează!" era evident dominantă. Pe durata intervenţiei, „rezonanţa" lui Helen, care s-a aliat cu starea opusă „Nu sângera!" a eului, a avut câştig de cauză. Această luptă interioară a continuat pe tot parcursul operaţiei. În ciuda conflictului interior al stărilor eului, aparenta ei relaxare şi linişte nu i-au transmis nimic din toate acestea chirurgului. Doar după încheierea intervenţiei medicul i-a vorbit terapeutei despre istoricul medical al pacientei. Cu nici doi ani înainte suferise o histerectomie din cauza sângerării excesive, dar analiza patologică nu arătase semnele vreunei tumori. Pe parcursul terapiei cu orientare analitică psihologul şi pacienta au descoperit multe dovezi şi motive psihodinamice ale unei tendinţe masochiste de autopedepsire, care se pare că era legată de nevoia ei de a sângera. Sângerarea, ca multe alte funcţii fizice, poate avea pentru unii pacienţi o componentă psihogenă importantă şi poate, aşadar, să fie influenţată psihologic prin sugestie hipnotică.

Acest caz particular ilustrează o serie de idei semnificative privind folosirea hipnozei clinice. Ar trebui remarcat că relaţia

intensă cu terapeuta, dezvoltată pe durata mai multor şedinţe, i-a oferit pacientei un motiv de a-şi inhiba sângerarea. Nevoia inconştientă de a sângera, provenită din impulsuri masochiste, a fost pusă împotriva sugestiei hipnotice. Dacă femeia (care era evident înclinată spre sângerare) ar fi căutat să se elibereze pe termen lung de acest simptom, am fi anticipat că sugestia inhibitorie ar fi cedat curând.

Sugestiile hipnotice menite să suprime simptome, cel puţin pe cele cu o puternică motivaţie psihogenă ascunsă, de obicei au doar un succes temporar. Aşadar, abordarea hipnotică ar fi probabil nepotrivită în tratarea psihoterapeutică a acestei afecţiuni. Pentru eliminarea ei ar fi fost probabil necesară o psihoterapie mai profundă, mai complexă şi orientată dinamic, poate folosind hipnoza ca adjuvant (vezi Watkins şi Watkins, 1997). Totuşi, simpla sugestie hipnotică de a suprima simptomul a reuşit să inhibe temporar acest răspuns în timpul operaţiei, demonstrând astfel cum aceasta poate să aibă succes dacă e folosită pentru obţinerea de efecte limitate, cu condiţia ca ea să nu contrazică structura motivaţională psihodinamică a pacientului. Dar fără intervenţia „sinelui terapeutic" rezonant al lui Helen, noi (A.F.B. şi J.G.W.) nu credem că simpla sugestie ar fi fost adecvată. Aceeaşi verbalizare din partea unui terapeut neexperimentat cu care pacienta nu rezona ar fi eşuat. Contribuţia acestui caz este, în primul rând, aceea că demonstrează cum pot fi folosite cu succes „sugestiile hipnotice directe". Însemnătatea situaţiei interpersonale – şi nu cuvintele – a fost aceea care a stabilit o siguranţă suficientă pentru ca pacienta să reziste fără a sângera.

O descoperire menţionată prima dată în anii 1840 de Esdaile (1850/1957) a fost gradul mai mic de incidenţă a şocurilor chirurgicale în cazul pacienţilor asupra cărora s-a intervenit pe când se aflau sub hipnoză. Asta indică faptul că un asemenea şoc poate fi o reacţie psihologică la traumă în aceeaşi măsură în care este una fiziologică. Cel puţin este un fenomen care merită o cercetare mai atentă.

Multe proceduri minore, în care anestezia generală nu este indicată, pot fi deseori efectuate rapid folosind hipnoza ; chiar şi o transă uşoară poate fi eficientă. Într-un exemplu ce a implicat cateterizarea unei fetiţe speriate în vârstă de 7 ani, David Spiegel a explicat (relatat de Hebert, 1998, pp. 2-3) :

> A trebuit să introducem un cateter prin uretră pentru a injecta o soluţie în vezica ei urinară. Nu puteam anestezia copilul, pentru că aveam nevoie de cooperarea lui, dar este un lucru teribil care i se

poate întâmpla unei fetiţe. Ultima dată când au făcut asta a fost nevoie de trei asistente şi de tatăl ei să o ţină, în vreme ce ea ţipa şi se zbătea. De data aceasta am folosit hipnoza, restructurându-i factorul de stres, făcând-o să se focalizeze pe a fi într-un loc unde i-ar plăcea să se afle în locul sălii de operaţie. În cazul ei a fost vorba de un magazin Beanie Baby*. A trecut de procedură cu câteva lacrimi şi un disconfort uşor, dar în mult mai puţin timp şi fără agitaţie. Cel mai bine a fost că nimeni nu a trebuit să o ţină.

În studiul nostru (Smith, Barabasz şi Barabasz, 1996) asupra unor copii de 3 până la 8 ani care suportau proceduri medicale dureroase, am comparat hipnoza şi distragerea. Părinţilor şi copiilor li s-a arătat filmul *No Tears, No Fears* (Kuttner, 1987), care prezintă o abordare echilibrată a folosirii distragerii şi tehnicilor hipnotice pentru a face faţă durerii şi fricii în timpul procedurilor medicale propriu-zise. Pregătirea în privinţa distragerii şi hipnozei a avut loc în şedinţe separate. Câte un părinte voluntar al fiecărui copil a fost pregătit mai întâi pentru o procedură şi apoi pentru cealaltă de unul dintre cei patru antrenori ai noştri şi i s-au transmis aşteptările privind echivalenţa şi efectele potenţiale ale procedurilor de distragere şi ale celor hipnotice. Cu toate acestea, toţi cei patru antrenori au spus că aveau „mai multă încredere" în tehnica distragerii, pentru că aceasta era metoda folosită în spital. Acesta era un mare avantaj experimental pentru „distragere" şi probabil de aceea a avut o oarecare eficienţă. Spanos şi Coe (1992) au avut dreptate: „credinţele" terapeutului pot avea câştig de cauză. Totuşi, ei nu au tras concluzia că şi „credinţele" cercetătorului (inclusiv ale lor) pot afecta rezultatul unui studiu experimental.

Pregătirea pentru contextul hipnotic a implicat crearea unui loc favorit pentru inducţia hipnotică unde părintele şi copilul pot merge într-o călătorie imaginară spre o destinaţie aleasă de copil. Odată ce destinaţia a fost aleasă, părinţii au fost învăţaţi cum să-l ajute pe copil să dezvolte şi să elaboreze imaginea. În pregătirea pentru contextul distragerii părinţii au fost instruiţi să-şi ajute copiii prin activarea unei jucării, remarcarea aspectelor interesante ale ei şi cât de distractivă este. Atât în cazul distragerii, cât şi în cel al hipnozei părinţii au fost învăţaţi proceduri echivalente în trei paşi care includeau: (a) introducerea, (b) implicarea şi (c) intervenţia. Pentru contextul

* Magazine specializate în vânzarea de jucării de pluş (n.t.).

hipnozei, în etapa inducţiei, copilul a fost pregătit să-şi utilizeze capacitatea hipnotică prin alegerea destinaţiei pentru inducţia hipnotică a locului preferat. Pentru contextul distragerii, primul pas a implicat prezentarea şi discutarea recuzitei (jucării săltăreţe, distractive, cu sunete puternice) care urma să fie folosită în timpul procedurii. Copilul şi-a ales jucăria preferată din zecile puse la dispoziţie de antrenor, toate menite să aibă capacitatea de a distrage sau redirecţiona atenţia spre ele. Faza testării profunzimii a fost descrisă ca un exerciţiu de „încălzire" a imaginaţiei. La fel ca în studiul Wall şi Womack (1989), părinţilor li s-a cerut să folosească momentul coborârii braţului (în care copilului i se spune să întindă un braţ şi apoi să se gândească la faptul că încearcă să ţină ceva greu) din *Scala Stanford a Hipnozei Clinice* : *Copil* (1978-1987). A fost folosit atât în cazul distragerii, cât şi al implicării imaginative. Fiecare părinte a primit un scenariu pentru a se asigura respectarea procedurii în caz că acesta devine anxios în timpul procedurii medicale dureroase. Al treilea pas consta în intervenţia propriu-zisă.

Contextul hipnotic a folosit o poveste, iar cel al distragerii a folosit jucării alese de copil. Ambele intervenţii au fost impregnate cu sugestii de a face faţă procedurii medicale. Părinţii au exersat intervenţiile prin joc de rol, în cadrul unei şedinţe de pregătire cu antrenorii, astfel încât să fie asigurată aplicarea corectă a fiecărei tehnici.

Aşa cum am anunţat mai devreme în acest capitol, Cooper şi Erickson (1959) au arătat că simţul timpului poate fi manipulat hipnotic. Astfel, prin intermediul sugestiei hipnotice, o procedură care necesită mai multe ore poate fi făcută ca, experienţial, să îi pară pacientului că a durat doar o foarte scurtă perioadă de timp. Tot aşa, lungile ore petrecute în salonul de reanimare pot fi „scurtate" prin hipnoză cu sugestia că pacientul va trăi fiecare oră ca şi cum ar dura doar câteva minute.

Rezumat

Dată fiind siguranţa şi aplicabilitatea anesteziei prin agenţi chimici în cazul foarte multor pacienţi, probabil că hipnoza nu va fi niciodată folosită pe scară largă în chirurgie, ca anestezic, aşa cum a făcut Esdaile. Totuşi, pe măsură ce spitalele devin mai conştiente de beneficiile evidente ale hipnozei în ceea ce priveşte reducerea dovedită

a costurilor, reducerea complicaţiilor şi diminuarea timpului petrecut la reanimare, fără îndoială va exista o creştere treptată, dar pozitivă, a folosirii hipnozei. Pe măsură ce medicii devin tot mai conştienţi de impactul semnificativ pe care factorii psihologici îl pot avea asupra succesului lor şi pe măsură ce tot mai mulţi dintre ei dobândesc o pregătire în domeniul procedurilor hipnotice, hipnoza va deveni din ce în ce mai acceptată şi folosită ca parte integrantă a specializărilor lor.

CAPITOLUL 11

Hipnoza pentru durerile și trauma nașterii

Când un bărbat întreține relații sexuale cu o femeie, aceasta este, din punct de vedere biologic, o performanță locală. Spermatozoizii sunt secretați și odată ce procesul – producerea spermei – s-a încheiat, corpul bărbatului nu mai are nevoie de ei. Nu îi folosesc la nimic. Ei se dovedesc utili doar când masculul scapă de ei depunându-i în vagin. Și astfel, din punct de vedere biologic, performanța sexuală a unui bărbat este un fenomen pur local ce poate fi dus la bun sfârșit foarte repede, în câteva secunde. Odată ce el a depozitat spermatozoizii, a terminat cu actul sexual. Când o femeie face sex, pentru a încheia, din punct de vedere biologic, un singur act sexual, ea rămâne însărcinată, o stare care durează nouă luni. Alăptarea durează alte șase luni. Și apoi are problema îngrijirii copilului : îl educă, îl hrănește, îl supraveghează, îl crește. În cultura noastră, actul sexual al unei femei are nevoie de aproximativ optsprezece ani pentru a fi complet. Pentru un bărbat, optsprezece secunde sunt tot ce trebuie. Cum este construit corpul unei femei ? Foarte puțini oameni stau să se gândească la asta – cât de complet se implică trupul unei femei în relația sexuală. Când ea începe să aibă o viață sexuală activă regulată, calciul din scheletul ei suferă schimbări : nivelul acestuia crește. Laba piciorului ei se mărește cu aproape un sfert de măsură, curbura sprâncenelor se înalță puțin. Unghiul maxilarului se schimbă, bărbia se îngroașă puțin, nasul ceva mai lung, e probabil să existe o schimbare a părului ei, sânii își schimbă forma sau consistența sau ambele. Forma coloanei vertebrale se modifică un pic. Și așa, din punct de vedere fiziologic și fizic, fata se schimbă într-o scurtă perioadă de timp, de exemplu în două săptămâni de dragoste arzătoare. Pentru că, din punct de vedere biologic, corpul ei trebuie să se pregătească pentru a avea grijă de o altă creatură timp de nouă luni în interior și apoi timp de luni și ani după aceea, cu întreg comportamentul trupului ei concentrându-se

asupra urmaşilor. Şi cu fiecare copil există tendinţa ca piciorul femeii să se mărească, unghiul maxilarului ei să se modifice. Fiecare sarcină aduce cu sine aceste uriaşe schimbări fizice şi fiziologice. Unui bărbat nu-i cresc mustăţile mai mari pentru că face sex, nivelul lui de calciu nu se schimbă în nici un fel, picioarele nu i se măresc. Nu-şi schimbă cu nimic centrul de greutate. Pentru el este o chestie locală. Dar actul sexual şi sarcina constituie o imensă modificare biologică şi fiziologică pentru femeie. Ea trebuie să intre în asta cu toată fiinţa fizică (Milton Erickson, *apud* Haley, 1973).

Naşterea normală şi metodele Lamaze

În 1933, Grantly Dick-Read (1968) a introdus o tehnică de aducere pe lume a unui copil, numită „naştere naturală", menită să reducă durerea învăţându-le pe viitoarele mame să se relaxeze. Dick-Read a susţinut că tensiunea este cea care produce durere şi că aceasta este o consecinţă a fricii pe care fiecare femeie o are faţă de travaliu şi naştere. Pentru a reduce această teamă, el le învăţa pe viitoarele mame despre naştere, deoarece suntem mai puţin înclinaţi să ne temem de ceea ce înţelegem. Se continua cu exerciţii de respiraţie, relaxare şi folosirea sugestiei. La început, a insistat că aceste sugestii nu erau sub nici o formă legate de hipnoză. Totuşi, mai târziu, a recunoscut că amestecul de relaxare urmată de sugestii era foarte asemănător cu procedura practicată de terapeuţi.

Metoda „Lamaze" (Lamaze, 1958) a devenit cea mai populară în Statele Unite. Gravida învaţă despre multe dintre părţile cele mai puţin înspăimântătoare ale sarcinii şi naşterii, deprinde exerciţii de respiraţie, controlul neuro-muscular şi metode de condiţionare menite să elimine teama. Teoria spune că un individ dezvoltă un ciclu recurent frică-tensiune-durere care se autoîntreţine şi care, la rândul lui, creează temeri noi, tot mai mari, şi aşa mai departe. Întrerupând acest ciclu prin intermediul cunoaşterii şi al relaxării, mama priveşte evenimentul ca pe ceva natural, mai aproape de ceea ce se întâmplă la alte specii de mamifere.

Atât „naşterea naturală", cât şi „Lamaze" au dovedit că reduc durerea pentru o parte substanţială a gravidelor pregătite, un sfert până la o treime dintre ele neavând nevoie de analgezice chimice sau de anestezice. Dintre cele care au cerut astfel de intervenţii chimice, mamele pregătite astfel au folosit o cantitate mai mică decât cele nepregătite (Hilgard şi Hilgard, 1983).

Aceleaşi elemente intră şi în rândul tacticilor folosite astăzi de hipnoterapeutul abil care lucrează în domeniul obstetricii, fie că este obstetrician, anestezist sau alt profesionist cu pregătire în domeniul hipnozei (de exemplu, consilier psihologic, psiholog clinic sau psihiatru). Sigur că avantajele metodei constau în gama de tehnici disponibile pentru reducerea durerii şi în abilitatea de a induce transa prin disociere, dându-i mamei un control mai mare. Aşadar, efectele hipnozei pentru naştere pot merge mult dincolo de dependenţa de reducerea fricii, relaxare sau apariţia transei spontane necontrolate.

Teorii legate de hipnoză şi alinarea durerilor naşterii

Motivul pentru care femeile ce folosesc hipnoza au o naştere mai puţin sau deloc dureroasă a fost un subiect asupra căruia au speculat mai mulţi profesionişti din domeniu. Ernest Hilgard şi Josephine Hilgard (1994) au explicat că metoda funcţionează pentru a controla durerea reducând prin disociere conştientizarea informaţiei care este transmisă centrilor cerebrali superiori. Cercetarea potenţialului EEG legat de eveniment furnizează dovezi clare care susţin o asemenea conştientizarea redusă, aşa cum am văzut în figura 9.1 (Spiegel, Bierre şi Rootenberg, 1989). În esenţă, se consideră că durerile înregistrate de corpul femeii care naşte sunt recunoscute de o conştientizare ascunsă în timpul analgeziei şi anesteziei hipnotice, dar sunt mascate în privinţa percepţiei de o barieră amnezică între nivelele disociate ale conştientizării. Această conştientizare poate fi contactată prin evocarea „observatorului ascuns" (vezi capitolul 3). Cel mai important, cercetări experimentale atent controlate (Hilgard, Morgan şi MacDonald, 1975) au arătat că hipnoza produce o reducere semnificativă a durerii vizibile comparativ cu sugestiile fără hipnoză. Susţinând explicaţia neodisocierii, raportarea senzaţiilor ascunse prin apăsarea tastelor sau vorbirea automată a rămas neschimbată. Ideea este că aceste reduceri prin disociere au fost responsabile pentru controlul durerii. Poate că înregistrarea durerii senzoriale este blocată de bariera amnezică (uitată imediat), astfel încât nu intră în zona conştientă.

Cu decenii în urmă, dr. Anslie Meares (1961), care a conceptualizat hipnoza ca o formă de regresie atavică, a emis ipoteza că un individ hipnotizat regresează sau se întoarce la un tip de existenţă experienţială care i-a caracterizat pe oameni în perioada evoluţiei de

la animal antropoid la om primitiv. Acest lucru restabileşte atunci abilităţile de izolare şi control al durerii care erau caracteristice oamenilor în acea vreme, abilităţi care au fost pierdute în mare parte în epocile civilizate. Meares a susţinut şi că experienţa conştientă a unei iubiri materne devine posibilă atunci când nu sunt utilizate anestezicele chimice şi că ea îi permite mamei să obţină o anestezie totală şi realistică prin intermediul hipnozei. Experienţa conştientă a naşterii rezultă într-o legătură mamă-copil mai apropiată decât atunci când este estompată de anestezicele chimice.

Şi mai devreme, Otto Rank (1952) a susţinut că naşterea este traumatizantă pentru copil şi că ea e sursa originară a anxietăţii nevrotice pentru că implica separarea de mamă. Fie că acest lucru este adevărat sau nu, cu siguranţă adăugarea anesteziei prin agenţi chimici, care îl „droghează" pe copil înaintea separării, poate doar să sporească riscul cu care acesta se confruntă la venirea pe lume. O naştere care a fost traumatizantă pentru mamă poate fi traumatizantă şi pentru copil şi poate avea puternice efecte neprevăzute asupra viitoarei lui dezvoltări emoţionale.

Totuşi, experienţa naşterii este una extrem de semnificativă pentru mamă. Dacă este trăită fără dureri inutile, atitudinea faţă de copil poate fi mai pozitivă decât dacă aducerea lui pe lume a fost însoţită de multă suferinţă. Acesta este începutul relaţiei mamă-copil, care ar trebui să se desfăşoare în cele mai favorabile circumstanţe posibile pentru binele şi sănătatea emoţională viitoare a amândurora.

Pentru că hipnoza nu este potrivită tuturor persoanelor, decizia de a o folosi ca anestezic sau analgezic în cazul pacientelor gravide (însărcinate) ar trebui luată devreme şi ar trebui să ia în considerare mulţi factori diferiţi. O decizie în ultimul moment de a folosi hipnoza (poate chiar în clipa în care femeia în travaliu este dusă în sala de naşteri) poate duce la eşec şi traumatizare. Totuşi, cu o minimă pregătire, pot fi obţinute rezultate excelente în privinţa eliminării – sau cel puţin a reducerii – durerii ; de fapt, pregătirea necesară este mult mai redusă decât în cazul tehnicilor mai puţin eficiente, cum ar fi metodele de naştere naturală Lamaze sau Dick-Read.

Eficienţa hipnozei în cazul naşterilor

Dovezile ştiinţifice că hipnoza ar trebui să fie, în majoritatea cazurilor, metoda preferată vin din numeroase studii de caz şi din studii

statistice controlate. Din păcate, majoritatea cercetărilor nu conţin datele furnizate de testele de hipnotizabilitate ale scalelor standardizate. Totuşi, puţinele informaţii sistematice care sunt acum disponibile privind folosirea testelor de hipnotizabilitate pentru a prezice rezultatele sunt promiţătoare. De asemenea, majoritatea cercetărilor nu reuşesc să adune informaţii pentru a indexa nivelul lipsei de durere, aşa cum a făcut-o studiul Smith, Barabasz şi Barabasz (1996) pe care l-am analizat în capitolul precedent. În loc să folosească relatările pacienţilor privind durerea, investigatorii şi-au bazat măsurătorile „obiective" pe reducerea cantităţilor de anestezice sau analgezice chimice necesare. Astfel de măsurători pleacă de la premisa că cei care suferă cea mai puternică durere ar trebui să ceară cele mai multe calmante ; totuşi, o astfel de corelaţie între nivelul suferinţei resimţite şi cantitatea de medicamente cerută este la fel de imperfectă ca răspunsul la analgezicele chimice.

Katchan şi Belozerski (1940) au obţinute relatări privind durerea de la 501 cazuri. În ciuda eşecului autorilor în a prezice rezultatele în peste 60% din cazuri (se pare că aşteptările lor privind succesul nu s-au confirmat), ei au putut concluziona că 29% din cazuri au obţinut analgezia completă, 38% au obţinut analgezie parţială, 21% au eşuat, iar 12% au manifestat reacţii îndoielnice. Astfel, aproape 70% dintre cazuri au obţinut cel puţin o analgezie parţială şi folositoare sau una completă folosind hipnoza ca singurul agent pentru calmarea durerii.

Primul studiu mai atent controlat a implicat 210 femei. Davidson (1962) le-a împărţit la întâmplare în trei grupuri egale. Grupul de control nu a avut parte de nici o formă de pregătire ; grupul de hipnoză a primit 1,5 ore de pregătire în autohipnoză ; iar al treilea grup a învăţat procedura de relaxare Dick-Read pentru naştere naturală. Pacientele au raportat durerea pe o scală având valorile 0 (*nici o durere*), 1 (*durere uşoară*), 2 (*durere moderată*) şi 3 (*durere puternică*). Punctajul mediu pentru metoda de relaxare Dick-Read a fost de 1,68, mult sub cel de 1,95 raportat de grupul de control. Grupul de hipnoză a obţinut o scădere importantă a durerii cu un punctaj mediu de doar 0,83 – o reuşită remarcabilă după o singură şedinţă de hipnoză.

Studiul lui Brann şi Guzvica (1987) le-a permis participantelor să aleagă hipnoza sau pregătirea pentru relaxare, având 48 de voluntare în fiecare grup. Cercetarea a arătat că durata primei etape a travaliului (de la început până la dilatarea cervixului) a fost semnificativ mai

scurtă pentru cele din grupul de hipnoză comparativ cu grupul care s-a pregătit pentru relaxare. Cele care deveneau mame pentru prima dată (primigravidele) au beneficiat cel mai mult din partea acestei metode. Poate mai important, femeile din grupul de hipnoză au raportat o mai mare satisfacţie în urma travaliului, mai multă uşurinţă în a adormi când doreau şi mult mai puţină anxietate în ceea ce priveşte întregul proces al naşterii. Pacientele hipnotizate au simţit şi mai mult autocontrol şi au fost mai satisfăcute decât cele pregătite pentru relaxare.

Fără îndoială inspiraţi de munca lui Brann şi Guzvica în Anglia, Jenkins şi Pritchard (1993) au realizat cel mai mare studiu controlat din Ţara Galilor de până acum. Au fost studiate un total de 862 de participante, jumătate dintre ele fiind primigravide, iar cealaltă jumătate fiind mame pentru a doua oară (secundgravide). Fiecare grup a fost împărţit în subgrupul de hipnoză şi subgrupul de control al participantelor de aceeaşi vârstă. Fiecare dintre participantele la hipnoză a urmat şase şedinţe cu proceduri individualizate. La fel ca în cercetarea lui Brann şi Guzvica, primigravidele din grupul de hipnoză au manifestat o reducere impresionantă a duratei primei faze de travaliu (cu trei ore mai puţin decât la participantele din grupul de control). A doua etapă (de la dilatarea cervixului până la naştere) a fost şi ea semnificativ mai scurtă decât în cazul grupului de control. Secundgravidele au petrecut şi ele mai puţin timp în prima etapă a travaliului decât participantele din grupul de control. Efectele hipnozei asupra duratei celei de-a doua etape a travaliului nu au fost semnificative în cazul lor. În total, voluntarele în stare de hipnoză au avut o nevoie mult mai mică (sau deloc) de analgezice chimice, spre deosebire de participantele din grupul de control.

Harmon, Hynan şi Tyre (1990) au condus cel mai elegant studiu controlat existent, aşa cum era de aşteptat din partea cercetărilor făcute în Statelor Unite la acea vreme. Au fost abordate hipnotizabilitatea şi percepţia durerii de către pacientă. Şaizeci de primigravide, care au fost mai degrabă recrutate decât voluntare, au fost testate şi apoi împărţite în grupuri foarte şi puţin hipnotizabile înainte de a fi repartizate aleatoriu pentru condiţii de hipnoză sau nonhipnoză. Cu alte cuvinte, jumătate dintre participantele foarte hipnotizabile şi jumătate dintre cele puţin hipnotizabile au primit hipnoza, în timp ce jumătăţile rămase au primit tratamentul standard de pregătire pentru relaxare, care includea exerciţii de respiraţie similare cu metoda

Dick-Read de naştere naturală. În grupurile de hipnoză s-au folosit semnificativ mai puţine analgezice chimice, au avut loc mai multe naşteri spontane, iar prima etapă a travaliului a fost mai scurtă decât în grupurile care a avut parte de sugestii de relaxare şi exerciţii de respiraţie.

Ca în cazul studiului Barabasz şi Barabasz (1989) asupra pacienţilor cu dureri cronice, Harmon şi colegii săi au administrat o formă de măsurare a toleranţei la durere folosind durerea ischemică pentru a testa efectele perioadei de hipnoză. În timpul pregătirii prenatale, pe braţele pacientelor s-a pus câte un tensiometru (sfigmomanometru) care a fost umflat pentru a produce durere prin oprirea circulaţiei arteriale către antebraţ. Participantele puternic hipnotizabile, care au fost pregătite în domeniul hipnozei, au obţinut cea mai importantă reducere a durerii. Evident că obţinerea unei măsuri privind reducerea durerii folosind durere indusă experimental într-o zonă foarte îndepărtată de canalul de naştere nu este ideală, dar este un pas pe drumul cel bun.

Beneficiile hipnozei în obstetrică

Cercetările de până acum indică un număr de beneficii minime la care ne putem aştepta în urma folosirii hipnozei în obstetrică. Acestea includ cel puţin următoarele : (a) reducerea duratei primei etape a travaliului (în medie cu 3 ore) ; (b) diminuarea cantităţii de analgezice chimice şi a anesteziei ; (c) reducerea sau eliminarea durerii ; (d) diminuarea şocului şi recuperarea mai rapidă ; (e) paciente mai cooperante ; (f) probabilitate mai mică a naşterilor prin operaţie ; (g) facilitarea anesteziei perineului, naşterii, epiziotomiei şi suturării ; (h) reducerea sau eliminarea multor efecte postoperatorii nedorite ; (i) nevoia de mult mai puţină pregătire decât în cazul metodelor naşterii naturale şi Lamaze ; (j) spre deosebire de anestezicele chimice, hipnoanestezia nu poate face rău nici mamei, nici copilului ; (k) majoritatea mamelor consideră naşterea cu ajutorul hipnozei o experienţă extrem de plăcută şi satisfăcătoare ; şi (l) în cazul anumitor urgenţe, cum ar fi ruperea placentei, folosirea hipnozei poate salva vieţi.

Stresul posttraumatic şi hipnotizabilitatea crescută

„Puteam să văd totul în oglindă ; forcepsul, epiziotomia, întregul meu corp fiind desfăcut. Cumva, nu eram acolo. Păream că plutesc

pe tavan. Pur şi simplu chiar nu mi se întâmpla mie" (Reynolds, 1997, p. 831). Abilitatea de a fi puternic hipnotizabil este un talent remarcabil, dar în obstetrică, şi în alte anumite situaţii, poate fi o cale problematică spre traumă. Hipnotizabilitatea crescută este, de obicei, un mare avantaj în hipnoterapie, dar, aşa cum am discutat în capitolele anterioare, persoanele cu acest talent au, de regulă, atât o capacitate extraordinară de implicare imaginativă, cât şi o înclinaţie spre fantezie (Rhue şi Lynn, 1989 ; Rhue, Lynn, Bukh şi Henry, 1991).

Două caracteristici ale naşterii o fac potenţial traumatizantă : durerea extremă şi sentimentul de pierdere a controlului. Sechelele dăunătoare pe termen lung abia încep să fie recunoscute. În Anglia a fost deschisă o clinică pentru stresul postnatal care abordează această variantă a tulburării de stres posttraumatic (TSPT) deseori ignorată. Pentru început, TSPT, considerat odată a fi un sindrom legat de război care îi afectează pe bărbaţi, apare mult mai des în rândul femeilor (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders şi Best, 1993). Într-adevăr, conform lui Helzer, Robins şi McEvoy (1987), rata de apariţie este de peste 2,3 ori mai mare decât în rândul bărbaţilor.

Acum mai bine de un deceniu, Malzack (1993) a folosit durerea din timpul travaliului ca un „model de durere acută", raportând că 60% dintre femeile care erau mame pentru prima dată şi 45% dintre cele care nu erau la primul copil au descris travalii care le-au făcut să simtă dureri puternice sau extrem de puternice, majoritatea remarcând că acestea au fost cele mai intense dureri pe care le-au simţit vreodată. O asemenea experienţă dureroasă reprezintă mediul ideal pentru a grăbi apariţia TSPT la femeile puternic hipnotizabile care trec fie printr-o naştere cu analgezice chimice, fie printr-una naturală, dar fără pregătire în gestionarea durerii cu ajutorul hipnozei. Fără gestionare pe cale hipnotică, femeile pot rămâne cu efecte dăunătoare pe termen lung şi cu suferinţe prelungite. Ele manifestă comportamente de evitare cum ar fi cererea de cezariene pentru următoarele naşteri. Devin hipervigilente în încercarea de a se asigura că evenimentul traumatizant nu se va repeta. TSPT legat de naştere poate duce la depresii postpartum îndelungate. În unele cazuri tulburarea se manifestă prin neglijarea sau chiar abuzarea fizică a copilului, pentru că el îi aminteşte mamei experienţa traumatizantă.

Femeile puternic hipnotizabile, fie că sunt deja traumatizate de o naştere sau nu, pot învăţa să-şi gestioneze talentul pentru a reduce durata travaliului şi pentru a aduce pe lume un copil fără durere sau

cu dureri puţine. În schimb, fără să-şi cunoască talentul şi fără pregătire în domeniu, vor fi predispuse la TSPT legată de naştere. Înclinaţia lor spre fantezie şi crearea de experienţe imaginative intense poate distorsiona percepţia timpului şi poate crea impresia că travaliul a durat o veşnicie. Perioadele de rezistenţă par atenuate, iar contracţiile par mai lungi. Capacitatea naturală de disociere se poate transforma într-o senzaţie de pierdere a controlului şi, pe măsură ce îşi imaginează ce e mai rău, cum ar fi un copil deformat sau retardat, aceste femei devin tot mai anxioase. Rezultatul este tensiunea musculară care întârzie dilatarea cervixului, respiraţie precipitată anxioasă (adică hiperventilaţie) şi creşteri ale catecolaminelor, care inhibă şi mai mult funcţionarea muşchilor uterini. Ciclul se tot agravează, şi dacă aceste femei nu încep cu TSPT, cu siguranţă sunt pe cale să dezvolte sindromul.

Sigur, toate aceste sechele pot fi evitate cu o pregătire adecvată în domeniul hipnozei din partea unui terapeut cu care gravida să rezoneze. În plus, recomandăm ca atunci când intuiţia clinică a unui doctor sugerează că pacienta s-ar potrivi descrierii de mai sus, acesta să obţină o istorie completă, inclusiv informaţii legate de: (a) posibile violuri sau abuzuri sexuale, (b) o istorie a coşmarurilor, (c) o istorie a altor evenimente traumatizante pentru pacientă şi (d) o istorie a problemelor de încredere în figurile autoritare. Dacă pacienta şi-a făcut un plan extrem de detaliat privind naşterea, terapeutul ar trebui să recunoască faptul că asta indică probabil o nevoie puternică de control şi o anxiozitate crescută în privinţa aducerii pe lume a unui copil. Un raport excelent este esenţial pentru succesul cu aceste paciente. Un astfel de rezultat cu hipnotizabilitatea lucrând mai degrabă pentru, decât împotriva pacientei poate răsturna cu totul efectele unei traume anterioare privind naşterea.

Schimbarea atitudinilor faţă de travaliu şi naştere

Aproape toate femeile din culturile industrializate îşi încep perioada de sarcină pline de îndoieli şi temeri care le-au fost transmise de către mame sau vecine. Acelea care au fost „încântate" în copilărie cu poveşti de groază despre naştere sunt pacientele cu cea mai mare probabilitate de a dezvolta complicaţii care necesită o atenţie psihologică specială. Dacă aceste individe sunt hipnotizabile şi primesc

sugestii hipnotice ce pot avea un efect durabil, ar trebui să ne gândim că aceleaşi femei e posibil să fi primit sugestii distructive şi dăunătoare în prima parte a vieţii lor, sugestii privind durerile facerii care acum le creează o anxietate puternică, manifestă sau ascunsă. Cu zeci de ani în urmă, Kroger şi alţi practicieni au recunoscut că aceste femei au fost într-un fel hipnotizate (poate chiar în momente de transă spontană) şi expuse sugestiilor antiterapeutice pe când erau mici. În aceste cazuri, folosirea hipnozei este indicată pentru a corecta efectele negative anterioare prin reîncadrarea cognitivă a sugestiilor dăunătoare pe care le-au primit deja. Aşa cum a exclamat Albert Ellis, părintele terapiei raţional-emotive şi cognitiv-comportamentale, nu ceea ce ni se întâmplă, ci atitudinile pe care ni le creăm la o vârstă fragedă sunt cele care ne determină reacţiile faţă de evenimente (Albert Ellis, comunicare personală cu A.F.B., 1980). Din punctul nostru de vedere, atitudinile de frică pot fi contrabalansate prin sugestii continue de încredere, calm şi linişte interioară pe măsură ce sarcina avansează. Sugestiile nonhipnotice care leagă între ele naşterea şi durerea i-au fost deseori repetate pacientei de-a lungul multor ani. Nu e de mirare că ele sunt integrate, amintite constant atât la nivel conştient, cât şi la nivel inconştient, fiind dificil de eradicat. Mai mult, chiar şi când nu sunt spuse cu voce tare, aceste temeri afectează multe femei care au fost învăţate că nu este cazul să-şi exprime frica. Astăzi, pentru că atât de multe anestezice sunt disponibile, exprimarea fricii tinde să fie suprimată. Doctorii inteligenţi nu vor încerca să înăbuşe cu asigurări grăbite temerile reale pe care pacientele lor le au cu privire la chinul ce va urma. Prin acceptare rogersiană, forţa unor asemenea anxietăţi tinde să scadă, iar hipnoza poate juca rolul adjuvantului-cheie. Reasigurările şi sugestiile hipnotice pozitive privind procesul naşterii sunt de obicei eficiente doar după ce pacienta a avut pe deplin ocazia să-şi dezvăluie adevărata atitudine cu privire la eveniment şi să-şi verbalizeze neliniştile. Astfel de revelaţii critice pot fi obţinute eficient folosind hipnoza stărilor eului (Watkins şi Watkins, 1997).

Unii practicieni au susţinut că unei gravide trebuie să i se sugereze hipnotic faptul că bebeluşul va fi o bucurie pentru ea, astfel încât să i se construiască aşteptări pozitive. Într-adevăr, a auzit aceeaşi placă din partea prietenilor şi rudelor ale căror vieţi le-a văzut cum se schimbă în urma sarcinii şi creşterii unui copil, atât în sens pozitiv, cât şi, uneori, în moduri dezastruoase. Această tehnică le poate fi de

ajutor unor femei. Altora, în special celor care sunt mai mult furioase decât mulțumite de faptul că sunt însărcinate, o astfel de procedură le este contraindicată. Dacă bebelușul nu corespunde așteptărilor ei, e probabil să se simtă înșelată și se poate răzbuna respingând nou-născutul.

În timpul sarcinii, se pot face multe pentru a contracara credințele și atitudinile negative care le-au fost sugerate pacientelor când erau mici. Hipnoza ar trebui folosită pentru a schimba astfel de atitudini și aceasta ar putea avea o valoare egală cu pregătirea pentru realizarea anesteziei. Pe măsură ce atitudinile se îmbunătățesc, și pragurile de rezistență la durere devin mai ridicate. Tot așa, pe măsură ce femeia gravidă învață să producă anestezia, de exemplu, la nivelul mâinii, încrederea ei crește, iar atitudinile de teamă se împuținează. Abordarea psihologică este una holistică, ce implică întreaga ființă. Nu este un set izolat de practici eterogene care încearcă să se ocupe de fiecare simptom în parte. O abordare holistică duce la o astfel de întărire generală a eului, făcând-o astfel pe femeie să facă față mai bine durerii, disconfortului și multor altor frustrări asociate sarcinii, travaliului și nașterii.

Nu este importantă doar reîncadrarea atitudinilor neconstructive ale femeii gravide, ci și dezvoltarea unor atitudini pozitive cu privire la hipnoza clinică și beneficiile ei. Asistentele insensibile, naive sau neinformate pot, cu remarcile lor, să anuleze săptămâni întregi de muncă atentă cu pacienta. Atitudinile de scepticism și comentariile cu privire la faptul că ele nu cred în metodă sau că nu sunt „sugestionabile" (insinuând astfel în mod greșit că a avea talent hipnotic înseamnă a fi credul) pot avea un impact negativ profund când vin din partea personalului din domeniul sănătății, subminând astfel eficiența intervenției hipnotice. Așadar, atunci când urmează să fie folosită hipnoza, asistentele și personalul medical care se vor ocupa se pacientă ar trebui să fie instruiți cu privire la metodă, inclusiv în legătură cu principiile, posibilitățile și limitele ei. De asemenea, ar trebui să fie instruiți cu privire la necesitatea de a o aproba și a o susține pe pacienta pe care urmează să fie folosită hipnoza. Susținerea lor o va ajuta foarte mult să nască fiind ferm convinsă de eficacitatea tehnicii.

Asistentele care conștientizează impactul sugestiv al vorbelor lor vor dovedi asta în multe feluri chiar și când hipnoza nu este folosită. Doctorii pot sugera îndoiala și neliniștea prin simple remarci ca:

„Dacă nu funcţionează, vom încerca...". În loc să o întrebe pe pacientă: „Cum stai cu durerile?", este mult mai bine să spună: „Ai contracţii?". Există un întreg limbaj asociat durerii care poate fi evitat de membrii sensibili ai profesiilor de vindecare: doctori, asistente, tehnicieni sau alţi profesionişti din domeniul sănătăţii.

Cine administrează hipnoza în timpul naşterii

Cea mai potrivită persoană pentru a administra hipnoza în timpul naşterii este obstetricianul, doctorul ce are cel mai mult contact cu pacienta. Medicul este cel în care ea are încredere că o ajută să treacă în siguranţă prin această experienţă, cel pe care se poate conta că va fi prezent în momentul naşterii şi cel ce cunoaşte complicaţiile medicale ce pot apărea în cazul ei. Obstetricianul poartă responsabilitatea finală încă de la primul consult, care se presupune că are loc la începutul sarcinii, până la travaliu şi naştere. Relaţia doctorului cu femeia gravidă este una îndelungată, stabilită pe durata mai multor luni. Prin urmare, s-ar putea anticipa că, deoarece hipnoza este o experienţă bazată pe o relaţie interpersonală intensă şi o stare de conştienţă modificată, obstetricianul va fi cel la care pacienta este cel mai probabil să aibă o reacţie hipnotică pozitivă. Mai mult, în cadrul reacţiei naturale de transfer afectiv pe care pacienta o are în această perioadă obstetricianul este în general înzestrat cu caracteristicile unei figuri părinteşti grijulii. Influenţa medicului ar trebui să fie cât se poate de puternică în timpul inducţiei hipnotice şi al administrării sugestiilor terapeutice.

Totuşi, hipnoza ar trebui administrată doar de terapeuţi experimentaţi care au stabilit o relaţie interpersonală foarte apropiată cu pacienta lor şi presupune ca obstetricianul să aibă o pregătire în materie de proceduri hipnotice. Pentru că mulţi doctori nu au nici un fel de studii sau foarte puţine în domeniul hipnozei sau consideră că practicarea hipnozei clinice nu este în aria lor de interes, odată ce s-a decis folosirea sa, este necesară găsirea sau alegerea unui profesionist bine pregătit în acest domeniu care să efectueze procedurile. Recunoscând că hipnoza poate fi o tehnică îndelungată, mulţi ginecologi-obstetricieni sunt pur şi simplu prea ocupaţi şi au prea multe paciente pentru a folosi această abordare, chiar dacă îi cunosc valoarea.

Un anestezist pregătit în domeniul hipnozei este a doua alegere. Cu toate că acest doctor probabil nu are o relaţie lungă şi continuă cu pacienta, el are abilităţile necesare privind toate celelalte proceduri legate de anestezie şi poate gestiona cel mai bine o urgenţă cum ar fi eşecul hipnoanesteziei în ultimul moment. Sigur că travaliul poate dura multe ore, iar profesionistul care va juca rolul terapeutului ar trebui să poată petrece o perioadă considerabilă cu pacienta în această etapă şi, de asemenea, să fie prezent în momentul naşterii.

Dacă obstetricianul nu cunoaşte tehnicile hipnotice, iar un anestezist instruit în domeniu nu este disponibil, atunci un psiholog, un psihiatru sau alt psihoterapeut care ştie procedurile este cel mai potrivit practician. Aceşti specialişti în domeniul ştiinţelor comportamentale aplicate sunt obişnuiţi să comunice timp îndelungat cu pacienţii şi, dacă sunt competenţi, au dezvoltat multe abilităţi privind relaţiile interpersonale care îi pot face nepreţuiţi în abordarea gravidelor speriate sau tulburate. Dacă pacienta a făcut psihoterapie, iar terapeutul ei este calificat în hipnoterapie (mai ales dacă această tehnică a fost folosită în tratamentul ei psihologic), ar fi ideal ca o asemenea persoană să colaboreze cu obstetricianul.

Unii obstetricieni menţin o relaţie colegială continuă cu un astfel de profesionist şi îl implică în educarea şi condiţionarea timpurie a pacientelor lor în timpul sarcinii. Atunci el devine în mod natural o parte a „echipei obstetrice", iar pacientei nu îi este prezentat în ultimul moment nici un element nou sau nici o persoană nouă căreia trebuie să îi facă faţă. Un astfel de aranjament promovează un sentiment general de siguranţă. Dacă doctorul nu cunoaşte personal un astfel de profesionist şi nu ştie totul despre pregătirea, experienţa şi abilităţile pe care terapeutul le are de oferit, atunci putem prezenta aici câteva sugestii care l-ar putea ajuta pe orice medic să aleagă un specialist bine pregătit în orice domeniu.

Majoritatea adevăraţilor specialişti bine pregătiţi în domeniul hipnozei şi al eticii aparţin uneia sau ambelor societăţi principale – Society for Clinical and Experimental Hypnosis şi American Society of Clinical Hypnosis. Mulţi psihologi calificaţi sunt asociaţi cu Divizia 30 (Society of Psychological Hypnosis) a American Psychological Association. Câţiva practicieni foarte experimentaţi sunt şi reprezentanţi ai uneia dintre subcomisiile American Board of Clinical Hypnosis. Acestea sunt: American Board of Medical Hypnosis, American Board of Psychological Hypnosis şi American Board of

Hypnosis in Dentistry. Afilierea practicienilor la oricare dintre aceste organizaţii nu garantează o experienţă hipnotică reuşită pentru pacienţii lor. Totuşi, certifică faptul că indivizii au urmat cursuri de calificare în domeniu şi sunt recunoscuţi de comitetele sau comisiile respective ca fiind pregătiţi pentru a folosi hipnoza.

Membrii acestor grupuri sunt toţi oameni calificaţi în profesiile lor : medicină, psihologie, stomatologie şi aşa mai departe. Nu sunt simpli terapeuţi. Au o pregătire completă, de obicei doctorate, în domeniile lor de expertiză şi au învăţat suplimentar tehnici hipnotice. Prin urmare, au lucrat cu mulţi alţi pacienţi şi sunt legaţi de aceleaşi proceduri de îngrijire, principii etice şi responsabilităţi inerente practicării medicinei. Cu toate că există şi alte persoane cu specializare în hipnoză, obstetricianul sau alt doctor ce are nevoie de serviciile lor ar trebui să fie extrem de precaut pentru că la ora actuală sunt anumiţi „terapeuţi" care încearcă să-şi ofere serviciile medicilor şi care nu au nici pregătirea medicală, nici pe cea psihologică pentru a li se încredinţa această procedură psihologică delicată şi sofisticată. Poate fi uşor să înveţi să hipnotizezi ; este cu totul altceva să aplici hipnoza cu abilitatea şi precauţiile necesare în timpul practicii clinice. Chiar şi un netot poate tăia o burtă cu un scalpel, dar aceasta nu înseamnă că este chirurg. Sofisticarea psihologică nu apare în urma unui curs despre cum să induci o transă, iar practicarea hipnozei sau a hipnoterapiei clinice trebuie lăsată în seama medicilor atestaţi sau a consilierilor psihologici, nu a unui tehnician.

Hipnoza pentru naştere

Înainte se considera că pregătirea pentru hipnoză ar trebui să înceapă devreme, preferabil cel târziu în a treia sau a patra lună de sarcină (Watkins, 1987, p. 229). Totuşi, noile proceduri pe care le vom trece în revistă în continuare sunt scurte şi eficiente şi le pot fi predate femeilor aflate foarte aproape de data estimată a naşterii. Pregătirea poate fi făcută individual sau în grup. Sigur că studiul lui Harmon şi colaboratorilor săi (1990) a arătat că lucrul în grup poate fi eficient. Sigur că pare logic să economiseşti atât bani, cât şi timp folosind o procedură de grup, pentru că fiecare femeie gravidă va trăi experienţa naşterii. Totuşi, vrem să subliniem faptul că, deşi

acest eveniment este tehnic acelaşi, aceasta nu înseamnă că ne putem aştepta ca experienţa să fie aceeaşi. Fiecare femeie este unică. Fiecare va veni la pregătirea pentru hipnoză cu capacităţile ei hipnotice speciale, cu propriile aspecte culturale, temeri şi neîncrederi. După cum ştim din cercetări anterioare (Barabasz *et al.*, 2003), nu doar experienţa clinicianului şi rezonanţa cu pacientul sunt importante pentru obţinerea unor rezultate maxime prin hipnoză, ci şi inducţiile adaptate pacientei sunt mai eficiente decât protocoalele standard atunci când este necesar un nivel semnificativ de profunzime hipnotică (Barabasz şi Christensen, în curs de apariţie). Aşa că, deşi pacienta este femeie şi e gravidă, să lăsăm aşteptările privind experienţele de gen să se încheie aici. Mai presus de toate, pacienta trebuie tratată aşa cum merită să fie tratată – ca pe o persoană unică aducând talente speciale şi probleme unice în cadrul experienţei naşterii sub hipnoză. Tehnicile de inducţie şi aprofundare pot fi adaptate nevoilor ei individuale. Relaţia doctor-pacient poate fi mai apropiată în acest moment. Observând răspunsurile ei unice la procedura de inducţie, practicianul este mai bine pregătit să profite la maximum de acestea în timpul travaliului şi naşterii.

Unii cred că aceste avantaje pot fi frecvent compensate prin anumite plusuri inerente condiţiilor de pregătire în grup. În cadrul grupului, se dezvoltă repede un spirit de echipă care implică atât motivaţia socială, cât şi competiţia. Pentru a câştiga aprobarea doctorului, pacientele se pot întrece între ele în încercarea de a atinge nivele mai profunde de răspuns hipnotic. Dacă femeile sunt pregătite în grupuri, timpul petrecut cu practicarea inducţiei poate creşte considerabil fără costuri uriaşe.

Pe măsură ce fiecare gravidă, nouă în grup, le observă pe participantele mai experimentate făcând demonstraţii de hipnoză, îi poate creşte încrederea. Norma o reprezintă şedinţele de două ore, ţinute aproximativ de două ori pe lună. Valoarea procedurii creşte şi mai mult în ochii participantelor pe măsură ce femeile care au „absolvit" se întorc cu bebeluşii lor pentru a le povesti celorlalte experienţele prin care au trecut. Motivaţia şi sprijinul din partea grupului sunt facilitatori puternici ai procesului de pregătire.

Indiferent dacă sunt parcurse individual sau în grupuri, etapele de pregătire sunt aceleaşi. Ele implică mai întâi răspunsul la întrebări despre hipnoză şi desensibilizarea pacientei. Se pune accent pe faptul că este o procedură „naturală". Sunt eliminate anxietăţile care poate

au apărut ca rezultat al vizionării unor filme de groază, al ascultării „legendelor urbane" şi al contracarării rezistenţei pe care o opun adesea prietenii, membrii familiei sau, prea des, chiar doctorii şi asistentele care sunt dedicaţi vechii metode tradiţionale a anesteziei prin agenţi chimici, care încă rămâne experienţa predominantă pentru multe femei. Cu toate astea, cele care au născut cu ajutorul hipnozei remarcă aproape în unanimitate şi în mod incontestabil că este cea mai bună cale, o experienţă ce apropie mama, copilul, adesea şi tatăl dacă el e prezent în timpul naşterii.

Hipnoza în gestionarea sarcinii

Un număr de probleme care apar în timpul sarcinii pot fi substanţial reduse odată ce pacienta a fost condiţionată să reacţioneze hipnotic. Printre aceste probleme se numără greaţa şi voma, dificultăţi privind golirea vezicii sau probleme urinare şi controlul intestinelor, insomnia şi salivarea excesivă. Sugestiile îndemânatic administrate pot modifica aceste procese în moduri constructive, evitând necesitatea prescrierii frecvente a unor medicamente. Alte probleme care deseori răspund favorabil la sugestiile hipnotice sunt durerile de spate, oboseala, crampele şi reglarea apetitului când pacienta însărcinată îşi pierde pofta de mâncare şi consumă alimente neadecvate pentru ea şi făt sau mănâncă excesiv şi ia prea mult în greutate.

Greţurile şi voma sunt situaţii speciale care merită să fie luate în considerare din punct de vedere psihodinamic. Dacă se pare că ele reprezintă o respingere simbolică a copilului, adică o dorinţă inconştientă de a-l scoate afară pe gură, atunci simpla sugestie hipnotică nu doar poate fi inadecvată, ci, pentru că este îndreptată spre o motivaţie ascunsă, hipnoza poate precipita apariţia altor dificultăţi, o posibilă hemoragie sau chiar avortul. Nu există dovezi directe privind acest aspect. Mai mult, întreaga problemă a substituirii simptomelor încă este controversată. Totuşi, prudenţa psihologică impune ca, atunci când un simptom pare să fie legat de o nevoie inconştientă, încercările de a-l înlătura ar trebui să fie făcute cu precauţie şi cu recunoaşterea faptului că pacienta poate necesita o terapie mai dinamică şi mai orientată spre *insight*.

Controlul urinar şi al intestinului ar putea fi atacate mai direct, eventual combinând hipnoza cu tehnici de terapie comportamentale.

Oboseala excesivă poate fi deseori diminuată prin scurte perioade de relaxare hipnotică, în timpul cărora sunt administrate sugestii menite să inducă o senzaţie de odihnă (de exemplu, „Te vei trezi simţindu-te ca şi cum ai fi dormit bine").

Una dintre cele mai grave probleme cu care se confruntă obstetricianul este sângerarea vaginală persistentă, cu pericolul permanent al unui avort spontan. Au fost publicate o serie de declaraţii de caz care descriu utilizarea eficientă a sugestiei hipnotice pentru a reduce perioada de sângerare în diverse condiţii (Edel, 1959 ; Stolzenberg, 1955). Crasilneck şi Fogelman (1957) au descris un studiu controlat privind efectele pe care le are hipnoza asupra unor factori cum ar fi perioada de sângerare şi coagulare în starea de control conştient şi cea de hipnoză. Rezultatele lor au fost negative. Totuşi, trebuie reiterat constant faptul că hipnotizarea unor voluntari care iau parte la un experiment nu este acelaşi lucru cu aplicarea metodei în situaţii clinice, cu pacienţi ce au o relaţie apropiată cu doctorul lor.

În timpul sarcinii, nu doar se schimbă forma corpului femeii, ci de multe ori apar modificări semnificative ale conceptului de sine, ale atitudinii vizavi de copilul nenăscut şi ale relaţiei cu tatăl său. În unele cazuri, acestea ar trebui să primească o formă de tratament psihologic, ce poate include susţinere, dezbatere şi sugestii, cu sau fără hipnoză. Pentru că aceasta este o perioadă stresantă pentru pacientă, o abordare psihologică a întregii probleme a sarcinii, travaliului şi naşterii ar trebui să cântărească destul de mult. Nu se poate considera că a fost bine tratat cazul obstetric dacă, în urma neglijării acestor factori, mama este traumatizată, apare o formă de respingere a copilului sau sunt declanşate probleme de adaptare emoţională pe termen lung, chiar dacă naşterea s-a petrecut fără prejudicii fizice ale femeii sau copilului. Într-un program de condiţionare psihologică a viitoarelor mame, hipnoza poate juca un rol important pentru multe dintre ele.

În cazuri de posibil avort, Cheek a recomandat folosirea tehnicii răspunsului degetelor (vezi Cheek şi LeCron, 1968, pp. 131-133) drept o cale de comunicare cu atitudinile inconştiente ale pacientei. Pot fi descoperite motive ascunse care vor face lumină în probleme ca, de exemplu, dacă viitoarea mamă îşi doreşte copilul. Deciziile privind cele mai bune tipuri de tratament psihologic de iniţiat pot fi luate cu mai multă înţelepciune şi uneori chiar chestiuni cum ar fi plasarea copilului spre adopţie se pot baza pe astfel de comunicări.

Un procent ridicat dintre hemoragiile care apar în primul trimestru al sarcinii se petrec în timp ce pacienta doarme. Ele pot fi însoţite de coşmaruri legate de travaliu. Astfel de tulburări emoţionale ar trebui să primească din vreme tratament psihoterapeutic, hipnotic sau de alt fel. Kroger (1963) a sugerat că somnul prelungit sub hipnoză este una dintre cele mai bune metode de a preîntâmpina pericolul unui avort spontan.

Pregătirea pentru travaliu

La începutul travaliului sau chiar înainte de momentul anticipat al declanşării lui, doctorul va avea o şedinţă cât se poate de importantă cu pacienta. Ea este menită să o pregătească pentru experienţa naşterii. Întâlnirea are ca scopuri să concentreze şi să treacă în revistă toate lucrurile învăţate de pacientă până în acel moment despre atitudinile constructive, eliberarea de temeri şi capacitatea ei de a-şi induce anestezia. Aşa cum au spus Kroger şi Freed (1951), practica eficientă a obstetricii ar trebui să se preocupe „de pregătirea minţii femeii şi mai puţin de administrarea medicamentelor periculoase".

Dacă pacienta a fost condiţionată anterior să stabilească o anestezie hipnotică, ar trebui să se aibă grijă ca aceasta să nu fie atât de continuă şi de automată, încât gravida să nu primească avertismentul primei contracţii uterine care o anunţă că este timpul să-şi contacteze medicul şi, poate, să meargă la spital. Dacă este necesar, hipnoza îi poate fi indusă pacientei deja condiţionâte prin telefon, iar atunci pot fi oferite şi sugestii de alinare a durerii

Acesta este momentul şi pentru o nouă „doză" de liniştire. Pacienta nu ar trebui niciodată să simtă că şi-a luat un angajament irevocabil de a folosi exclusiv hipnoanestezia. I se poate spune: „Dacă este necesar, vom suplimenta cu o mică doză de anestezic chimic" sau „E posibil să avem nevoie doar de puţin anestezic". Pacienta ar trebui încurajată să ceară anestezicul dacă simte nevoia. Situaţia nu ar trebui niciodată să se transforme într-un test al curajului ei.

În acest moment întreaga procedură hipnotică ar trebui repetată, incluzându-se o perioadă considerabilă pentru aprofundare. Dacă pacienta manifestă teama că nu se va putea hipnotiza în absenţa doctorului, terapeutul ar trebui să-i ceară să aplice procedura şi să

iasă din încăpere în timp ce ea face aceasta. Acum este deosebit de importantă capacitatea pacientei de a-şi autoinduce o anestezie „în mănuşă". Doctorul ar trebui să îi ceară să facă aceasta şi să o testeze prin împunsături sau cu ajutorul unei cleme.

Gestionarea travaliului

Pacientele care ţipă într-un salon din apropiere pot să o distragă pe pacienta teoretic pregătită pentru hipnoză până la a-i slăbi convingerea că poate să realizeze şi să menţină o hipnoanestezie. Wolfe (1961) recomanda ca pacienta să fie avertizată dinainte cam în felul următor: „Se poate să auzi paciente în travaliu în salonul alăturat care nu ştiu cum să profite de hipnoză şi, prin urmare, fac mult zgomot. Nu lăsa ca zgomotul ori discuţiile acestor oameni sau folosirea cuvântului *durere* să interfereze în vreun fel cu ceea ce ştii şi ai dovedit că poţi face". Uneori este important să oferi sugestii menite să elimine amintirile dureroase asociate cu naşterea. În acest caz, este recomandată folosirea unei formulări mai permisive, cum ar fi „Nu e nevoie să-ţi aminteşti" în loc de „nu îţi vei aminti".

Erickson, Hershman şi Secter (1961) au sugerat o tehnică de obţinere a unui răspuns pentru maximizarea încrederii şi cooperării din partea pacientei atunci când ea se află în travaliu. În cadrul acestei proceduri, pacienta este întrebată, atât sub hipnoză, cât şi în afara ei, cum ar vrea să se simtă în timpul naşterii. Poate preferă să fie trează şi alertă atunci când apare copilul. Poate îşi doreşte să simtă contracţiile uterine, dar nu vrea să suporte o suferinţă accentuată. Poate că vrea să audă primul plânset al bebeluşului şi apoi să adoarmă. Experienţa naşterii va fi una dintre cele mai importante din viaţa ei. Va simţi că ia parte la planificarea şi dirijarea ei, nu că este o victimă neajutorată a unor forţe, dureri şi amorţeli asupra cărora nu are nici un control. Acest moment poate fi unul de triumf pentru ea sau o traumă psihologică gravă cu efecte mutilante pentru toată viaţa.

Dacă a mai născut, iar experienţa ei anterioară, folosind fie hipnoanestezia, fie anestezia prin agenţi chimici, a fost deosebit de satisfăcătoare, atunci sugestiile de a-şi aminti cu exactitate ce a simţit înainte şi de a îmbina acele sentimente cu cele din prezent ar putea ajuta la asigurarea unei repetări a travaliului şi naşterii favorabile din trecut.

În administrarea sugestiilor legate de contracţiile uterine şi de apropierea travaliului, în loc să încerce să suprime orice senzaţie de durere, doctorul ar putea sugera că pacienta nu trebuie să aibă mai multe dificultăţi decât doreşte să accepte.

În general, nu folosim anestezia „în mănuşă" pentru naşteri din cauza riscului de paralizare a funcţiilor. Vrem să eliminăm sau să reducem percepţia durerii, nu capacitatea musculară de a induce contracţiile. Totuşi, dacă urmează să fie folosită o anestezie „în mănuşă", transferată apoi spre abdomen în timpul travaliului şi spre perineu în timpul naşterii, atunci ar trebui testată cu atenţie dinainte. De obicei este indusă mai întâi la nivelul mâinii şi verificată cu o împunsătură. Apoi pacienta este instruită să transfere această senzaţie de anesteziere mângâind cu acea mână altă parte a corpului. În acest moment este aleasă o zonă în care nu simte nici o durere. Această a doua regiune este testată şi ea cu o împunsătură sau cu ajutorul unei cleme. Dacă nu apare nici o tresărire, iar pacienta spune că nu simte nici o durere, ea este gata să obţină acelaşi efect în timpul travaliului şi al naşterii. Unii obstetricieni preferă să sugereze o senzaţie de amorţeală la nivelul jumătăţii inferioare a corpului în loc să inducă o anestezie „în mănuşă" şi apoi să o transfere pur şi simplu spre zonele dorite. Deşi este necesar un grad destul de mare de implicare hipnotică pentru a asigura o anestezie sau o analgezie completă, chiar şi o transă uşoară poate fi de ajutor, scăzând cantitatea de anestezic chimic necesară pentru obţinerea rezultatului dorit. Poate fi oferită o sugestie posthipnotică privind reapariţia acestei amorţeli imediat după un semnat dat de doctor.

În lumina descoperirilor făcute de soţii Hilgard (Hilgard şi Hilgard, 1994) despre durerea manifestă în comparaţie cu durerea ascunsă, probabil este înţelept să sugerezi mai degrabă că pacienta nu va „simţi" nici o durere, decât că nu va „avea" nici una. Studiile lor au arătat că hipnoza are două componente : durerea senzorială, care indică localizarea şi intensitatea stimulului dureros, şi suferinţa, o reacţie ce urmează primeia. A doua reacţie este cea pe care dorim să o suprimăm pe cale hipnotică.

O metodă sofisticată şi avansată, care poate fi folosită eficient în cazul pacientelor ce pot atinge nivele hipnotice profunde, este cea a disocierii generale. Aceasta poate fi indusă după cum urmează :

Ai senzaţia că pluteşti în afara corpului tău. Trupul rămâne aici, pe masa de naşteri, şi tu mergi în partea aceea a încăperii şi te aşezi

> pe scaun de unde o poţi vedea pe femeia care stă întinsă pe masă. Arată exact ca tine. Are înălţimea ta şi părul ca al tău. Figura ei seamănă cu cea pe care o vezi când te uiţi în oglindă. Urmează să nască. Doctorii şi asistentele sunt acolo şi tu eşti foarte interesată să vezi ce se întâmplă. Nu pare să simtă un disconfort prea mare şi, în vreme ce te uiţi la ea, pare să aştepte cu nerăbdare experienţa de a aduce pe lume un copil. Vei observa fiecare etapă a naşterii din cealaltă parte a încăperii, de pe scaunul pe care stai.

Există o posibilă obiecţie psihologică la această procedură care poate să fie semnificativă sau nu. În prezent nu par să fie disponibile nici un fel de date de cercetare asupra acestei probleme. Dacă femeia de acolo dă naştere copilului, îl va simţi observatoarea din partea cealaltă a încăperii ca fiind copilul ei? Sau va simţi o înstrăinare faţă de bebeluş care îi va afecta relaţia cu el? Dacă ar fi aşa, ar putea fi adevărat şi că, de fiecare dată când un copil este născut sub o anestezie atât de puternică, încât mama nu este conştientă de proces, ea va avea o reacţie similară. Această potenţială problemă merită un studiu experimental.

Există un număr de avantaje care se adaugă la folosirea hipnozei în timpul travaliului. Prin intermediul sugestiilor de odihnă şi relaxare, oboseala poate fi redusă. În plus, spre deosebire de unele anestezice chimice, nu scade activitatea uterină. Mai mulţi scriitori (August, 1961; Kroger, 1963) au relatat că în cazul primiparelor durata travaliului este scurtată în medie cu aproximativ două ore. Erickson şi colaboratorii săi (1961) au susţinut, că atunci când anestezia chimică poate fi redusă sau eliminată, se reduc riscurile de infecţii respiratorii şi circulatorii la mamă şi la copil, cum sunt cele care deseori au ca rezultat anoxia. Această diminuare poate fi obţinută când travaliul este mai scurt. Dacă tensiunea pacientei a fost redusă prin intermediul relaxării, scade probabilitatea poziţionării inverse a fătului.

O potenţială utilizare a hipnozei a fost sugerată de Rice (1961), care a pretins că ea este eficientă în inducerea travaliului şi că procesul poate fi grăbit sau încetinit prin sugestii. Odată ce travaliul a început, atenţia pacientei poate fi distrasă de la durere cerându-i-se să măsoare durata medie a fiecărei contracţii în secunde, cum ar fi „101, 102, 103" şi aşa mai departe. Un alt instrument care poate fi util şi legat de adâncirea transei sau de inducerea anesteziei este ca pacienta să-şi apuce bine o încheietură şi să o strângă, în special în timpul contracţiilor. Acest mecanism, dacă urmează să fie folosit, ar

trebui stabilit dinainte ca sugestie posthipnotică (de exemplu, „De fiecare dată când îţi vei strânge încheietura, te vei cufunda şi mai adânc în hipnoză, unde nu vei simţi disconfortul").

Sugestiile de relaxare sub hipnoză pot fi eficiente în prevenirea declanşării premature a travaliului. Dacă pacienta este sensibilă la vocea doctorului, atât inducţia, cât şi sugestiile de relaxare pot fi administrate prin telefon.

În general, o pacientă care a fost pregătită în domeniul hipnozei, care a învăţat să intre în transă rapid printr-un semnal prestabilit şi care îşi poate induce anestezia, poate reacţiona mai bine la vorbele doctorului menite să îi reducă disconfortul şi să gestioneze evenimentele neprevăzute.

Hipnoza în timpul naşterii

Dacă procedurile hipnotice sugerate mai sus au fost efectuale, atunci controlul, pe care ele îl permit, poate fi extins pentru a facilita naşterea şi a reduce sau a elimina durerea. Cheek şi LeCron (1968) au sugerat folosirea interogării prin intermediul semnalelor ideomotorii, în timpul travaliului şi al naşterii, pentru ca doctorul să înţeleagă pe deplin îndoielile, temerile şi speranţele pacientei.

Naşterea reprezintă momentul în care este folosită întreaga pregătire anterioară în materie de hipnoză. Dacă o pacientă este somnambulă, adică intră sub hipnoză atât de profund încât, atunci când se trezeşte, nu îşi aduce aminte nimic din ceea ce s-a întâmplat, ar trebui să fie întrebată dacă doreşte să fie conştientă în momentul naşterii. Unele femei se simt înşelate dacă nu sunt conştiente atunci când se naşte copilul ; doresc să participe la eveniment.

Unii obstetricieni care folosesc hipnoza fac aceasta mai ales în perioada de travaliu şi în fazele iniţiale ale naşterii, când anestezia a fost transferată de pacientă spre zona perineului dintr-o anestezie „în mănuşă" condiţionată anterior. Apoi este folosit un anestezic chimic local pentru epiziotomie. Alţii recomandă combinarea unui blocaj genital cu hipnoanestezia. Majoritatea medicilor preferă o combinaţie între hipnoză şi anestezia prin agenţi chimici şi raportează puţine naşteri efectuate doar cu hipnoanestezie. Totuşi, câţiva par să poate asigura un control suficient al durerii şi îl folosesc pentru mare parte din pacientele lor. De exemplu, August (1961) a

înregistrat aproape 1.000 de naşteri efectuate cu hipnoza ca singurul anestezic. Nu au fost raportate date care să diferenţieze numărul de naşteri ce au folosit anestezie „în mănuşă" de cele în care a fost utilizată tehnica disocierii. Modificarea a ceea ce este subiect şi ceea ce este obiect şi modul cum pot fi acestea manipulate hipnotic a fost descrisă în altă parte (vezi *Hypnoanalytic Techniques*). Astfel de schimbări apar uneori spontan.

În această privinţă, ar trebui luate unele măsuri de precauţie legate de utilizarea în deplină siguranţă a hipnoanesteziei. La suprafaţă, durerea a fost suprimată sau reprimată. Totuşi, John Watkins şi Helen Watkins (1979-1980), lucrând cu stări inconştiente ale eului, au descoperit că, deşi persoana conştientă nu simţea nici o durere evidentă, „observatorul ascuns" (pe care ei îi consideră echivalenţi cu stările eului) raportau furie şi teamă ascunse. La fel ca în cazul anesteziei prin agenţi chimici, hipnoanestezia pare să fie destul de eficientă la nivel conştient. Cu toate acestea, nu ştim dacă este suferită o vreo traumă psihologică internă. Viitoarele cercetări asupra fenomenelor observatorului ascuns ar putea face mai multă lumină în această problemă.

Naşterea cu ajutorul hipnozei: metoda McCarthy

Patrick McCarthy, un medic din Wellington, Noua Zeelandă, a creat şi a individualizat o abordare structurată a predării hipnozei pentru naştere. Programul de pregătire se realizează în doar cinci şedinţe de câte 30 de minute fiecare ce au loc în ultimele săptămâni de sarcină. Până acum, el a folosit cu succes procedura pentru tratarea individuală a peste 600 de femei din Noua Zeelandă (McCarthy, comunicare personală către A.F.B., ianuarie 2003 ; McCarthy, 2001). El a subliniat faptul că hipnoza nu este neapărat terapeutică. În conformitate cu teoriile noastre (A.F.B. şi J.G.W.), hipnoza este o cale de a-i comunica pacientei comentarii terapeutice şi folositoare, o cale de a fi alături de ea. Programul este puternic individualizat, dar conţinutul specific al pregătirii pentru hipnoza obstetrică este, desigur, crucial pentru eficienţa lui globală. Nu este un set specific de cuvinte care sunt folosite în transa hipnotică pentru a obţine vreun efect miraculos în cazul tuturor femeilor gravide. Este mai importantă recunoaşterea principiilor fundamentale necesare pentru utilizarea hipnozei cu efecte benefice în timpul naşterii. Sigur că

pentru aceasta terapeutul trebuie să aibă cunoştinţe şi experienţă în domeniul hipnozei, obstetricii şi psihologiei. Abordarea este construită în jurul limbajului precis pe care femeile l-au folosit pentru a-şi descrie experienţele din timpul naşterii cum ar fi : a) „Contracţiile păreau să dureze o veşnicie şi credeam că travaliul nu o să se mai termine" ; b) „Contracţiile parcă mă sfâşiau" ; c) „Mă simţeam extenuată, pur şi simplu nu mai puteam împinge" ; d) „Contracţiile erau pur şi simplu îngrozitoare, eram neajutorată, nu mai aveam control" ; e) „Mi se părea că plutesc departe de corpul meu, nu puteam face nimic, mă uitam la doctori şi la asistente de la distanţă".

McCarthy a recunoscut că o femeie poate uita multe lucruri, cum ar fi numele unei foarte bune prietene sau al unui bărbat pe care l-a iubit multă vreme, dar nu uită niciodată că a născut. Din nefericire, deşi amintirile legate de naştere par să fie uimitor de puternice, deseori ele sunt inexacte când sunt comparate cu înregistrările evenimentului făcute la acea vreme chiar de mamă. McCarthy a ascultat în mod special limbajul femeilor, mai ales pe al celor care au avut experienţe negative privind travaliul, ca o cheie a unei posibile patologii, cum ar fi diagnosticarea sindromului de stres posttraumatic. Aşa cum noi (A.F.B. şi J.G.W.) am precizat în acest capitol, în secţiunea despre stresul posttraumatic şi sensibilitatea crescută la hipnoza pentru naştere, hipnotizabilitatea sporită poate fi o sabie cu două tăişuri, capacitatea disociativă, înclinaţia spre fantezie ale pacientei şi sindromul de stres posttraumatic făcând-o pe o femeie foarte hipnotizabilă să fie inerent vulnerabilă în timpul travaliului. McCarthy a recunoscut că, deşi naşterea poate fi o memorabilă piatră de hotar în viaţă, ea riscă să producă şi o amintire de neşters care poate să o tragă în jos pe femeie pentru tot restul zilelor ei. Unele femei jură că nu vor mai rămâne gravide niciodată, doar pentru a se trezi că sunt mai mereu însărcinate. Contrar noţiunilor privind gloria naşterii, McCarthy a relatat, pe baza experienţei sale care implică peste 2.000 de naşteri, că asemenea simptome nu sunt neobişnuite în timpul naşterii.

Programul de pregătire presupune că pentru fiecare sechelă negativă ar trebui să poată fi învăţat un răspuns hipnotic egal, pozitiv şi constructiv. Antrenamentul lui McCarthy este profilactic pentru sindromul de stres posttraumatic în cazul naşterii. Cu toate că hipnotizabilitatea nu este accesată folosind o scală standardizată, procedura le învaţă pe femei să recunoască şi să genereze o gamă

largă de fenomene, care sunt comune referinţei principale a măsurării hipnotizabilităţii – *Scala Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*, Forma C, şi mai scurta *Scală de Hipnozabilitate Clinică Stanford*. Fenomenele specifice naşterii care merg dincolo de scală, cum ar fi anestezia, sunt şi ele incluse, la fel ca şi răspunsurile ideosenzoriale şi distorsionarea timpului. Răspunsurile pe care se pune accent în timpul pregătirii sunt : a) relaxarea musculară ; b) catalepsia ; c) progresia în timp ; d) amnezia ; e) anestezia ; f) disocierea ; g) halucinaţia ; h) sugestia posthipnotică. McCarthy a subliniat importanţa planificării unor răspunsuri hipnotice folositoare în timpul naşterii, care să fie adaptate abilităţilor speciale ale fiecărei femei. Exersarea şi stăpânirea acestei liste – de obicei cuprinzătoare – de fenomene fac ca pacienta să fie pregătită să-şi modifice percepţia asupra realităţii şi, astfel, să poată avea cea mai bună experienţă posibilă în ceea ce priveşte naşterea. În loc să înceapă pregătirea din vreme, aşa cum se întâmplă în majoritatea celorlalte programe, antrenamentul este planificat astfel încât să se încheie cât mai aproape posibil de naşterea propriu-zisă. Ideea este de a-i permite fiecărei femei să folosească autohipnoza cu abilitate în timpul travaliului. La fel cum un atlet este pregătit pentru un campionat, pacienta intenţionează să-şi atingă atunci punctul maxim al performanţei hipnotice.

De obicei, discuţiile care precedă inducţia hipnotică au loc cu şapte-opt săptămâni înaintea datei anticipate pentru naştere. Este analizat protocolul de pregătire propus, ceea ce, în mod normal, va necesita patru şedinţe suplimentare, de regulă o dată pe săptămână, fiecare durând aproximativ 30 de minute. Întâlnirile sunt înregistrate, astfel încât femeia să poată folosi caseta în exersarea zilnică a hipnozei şi să observe aspectele pe care, poate, le-a uitat. De asemenea, aceasta le permite partenerului şi prietenilor ei să asculte şi ei, dacă ea doreşte. Se subliniază în mod repetat că ea va avea mereu controlul asupra propriei minţi atunci când foloseşte hipnoza.

McCarthy a scos în evidenţă faptul că nu ar trebui niciodată făcute promisiuni care nu pot fi respectate, cum ar fi că pacienta va avea un travaliu fără dureri. El credea că cea mai bună strategie clinică este de a promite întotdeauna mai puţin şi apoi de a oferi mai mult când femeia învaţă hipnoza. Sunt discutate beneficiile încheierii programului cât mai aproape de naşterea propriu-zisă, iar ea este invitată să aleagă data ultimei şedinţe. Asta corespunde ideii de a o lăsa mereu să aibă controlul asupra a ceea ce se întâmplă. Discuţia

preinducţie este menită să dezvolte relaţia ascultând-o pe femeie, evaluându-i capacitatea hipnotică într-un mod sensibil din punct de vedere clinic astfel încât să fie ajutată să realizeze hipnoza. Practicianul ar trebui să recunoască speranţele, dorinţele şi nevoile pacientei, să fie preocupat de ele şi să aibă grijă să o informeze în legătură cu procesul, să îi genereze aşteptări realiste şi entuziasmul cu privire la naştere. Pacienta va fi atunci nerăbdătoare să revină şi să afle mai multe despre hipnoză.

Şedinţa 1. Prima şedinţă de hipnoză prezintă transa hipnotică într-o manieră cât mai bine adaptată persoanei. În general, întâlnirea este menită să facă experienţa hipnozei cât mai simplă, mai eficientă şi mai liniştitoare posibil. De cele mai multe ori ea include o formă ghidată de închidere a ochilor, cu un limbaj foarte permisiv. Ideea este de a folosi o metodă simplă de inducţie, cum ar fi metoda relaxării musculare progresive, pe care pacienta şi-o va putea aminti cu uşurinţă şi pe care o poate repeta în autohipnoză. Folosirea protocolului de inducţie al *Scalei de Hipnozabilitate Clinică Stanford* s-ar apropia de ceea ce foloseşte McCarthy, urcând încet de la picioare şi diverse grupe musculare prin tot corpul. Aşa cum se afirmă aproape direct în *Scala de Hipnozabilitate Clinică Stanford* starea de spirit pe care persoana o are la sfârşitul procedurii de relaxare musculară este cunoscută drept transă hipnotică. Pacientei i se cere atunci să spună ce observă în legătură cu corpul ei. Este introdusă mai degrabă formularea „corpul" decât „corpul tău", pentru a contribui la disociere.

Apoi este folosită metoda de autohipnoză a atracţiei degetelor arătătoare. Pacientei i se cere să-şi ţină mâinile în faţa pieptului cu palmele atingându-se, ca şi cum s-ar ruga. După aceea, i se spune că îşi încrucişeze vârfurile degetelor şi să le aşeze pe articulaţiile celeilalte mâini. În continuare, i se cere să întindă degetele arătătoare până când sunt paralele, distanţându-le la aproximativ doi-trei centimetri unul de celălalt. Apoi i se spune să-şi utilizeze conştientul pentru a se uita la spaţiul dintre degete şi, dacă este pregătită să intre sub hipnoză, subconştientul va lipi degetele spontan. Este indicat ca momentul în care degetele se ating să fie punctul în care ea poate pur şi simplu să închidă ochii şi să inspire adânc şi, pe măsură ce expiră, să intre în aceeaşi transă relaxantă pe care a trăit-o în versiunea mai lungă a inducţiei de relaxare musculară. Fiecare expiraţie este menită să îi permită să se cufunde tot mai adânc în transă. I se aminteşte

că poate reveni din transă pur şi simplu numărând descrescător de la 10 la 1, moment în care va fi perfect trează, alertă şi se va simţi foarte bine. Apoi este felicitată pentru talentul ei hipnotic, i se spune să exerseze ce a învăţat folosind înregistrarea şedinţei pe care a primit-o. I se explică faptul că există o diferenţă între talent şi abilitate. Concluzia este că are talent şi că va învăţa cum să îl dezvolte pentru a-l face să funcţioneze în practică şi pentru a o ajuta să-şi atingă scopul unei naşteri plăcute şi satisfăcătoare.

Şedinţa 2. Aceasta începe prin sublinierea aşteptărilor ca ea să fi exersat autohipnoza în săptămâna care a trecut, cerându-i-se să intre sub hipnoză folosind metoda atracţiei degetelor arătătoare. Apoi terapeutul foloseşte iniţierea transei de către pacientă ca punct de plecare pentru adâncirea hipnozei cu oricare dintre tehnicile standard de aprofundare utilizare. Odată ce a făcut aceasta, este construită imaginea unei plaje, cu valuri spărgându-se ţărm şi rostogolindu-se pe nisip în timp ce se retrag. Ideea de la baza acestei imagistici este că senzaţiile provocate de contracţii pot fi folosite ca ajutor în vizualizarea valurilor. Valul care vine este reprezentarea contracţiei tot mai accentuate, spargerea de ţărm este punctul maxim al contracţiei, iar retragerea reprezintă estomparea sa. Pacienta este invitată să perceapă gama de senzaţii care coincid cu imaginile.

Sunt implicate şi alte sisteme senzoriale, cum ar fi capacitatea pacientei de a simţi razele soarelui pe faţă sau de a percepe briza, sunetul valurilor spărgându-se sau stropii de apă. Este evocat şi simţul olfactiv în timp ce ea e invitată să simtă mirosul mării, simţul tactil când apa îi atinge buzele şi cel gustativ când simte gustul sărat. Imagistica este menită mai degrabă să se adapteze cât mai bine inputurilor fiziologice decât să creeze vreo scenă idilică de relaxare, cum ar fi statul la plajă într-o zi liniştită. Aceasta contrastează puternic cu procedura hipnotică tradiţională sau cu simplele tehnici de naştere naturală, care pun accentul pe relaxare în cazul nevoii de implicare în contracţii. Pacientei i se spune şi că poate uita că valul a trecut, folosindu-se capacitatea ei de a produce un răspuns amnezic, presupunând că şi-a demonstrat capacitatea de amnezie. Procedând astfel, ea va uita contracţiile asociate. Pe măsură ce vizualizarea este bine dezvoltată, i s-ar putea cere chiar să vizualizeze plaja şi urma lăsată de flux şi să remarce că se apropie fluxul, iar procesul este inevitabil, în realitate nu poate fi încetinit sau accelerat. Îşi poate folosi pur şi simplu imaginaţia pentru a modifica percepţia asupra duratei contracţiilor şi

a perioadelor dintre ele folosind distorsionarea timpului. Faza de tranziţie a travaliului implică, la final, contracţii majore; acestea pot fi reîncadrate ca valuri de surf. Desigur, pacientei i se reaminteşte că sunt doar câteva şi că ele înseamnă că în curând va trebui să înceapă să împingă. I se aminteşte că deţine controlul, că se poate „aventura, dacă vrei, să-ţi iei placa de surf şi să aluneci pe acele valuri până pe plajă".

Deoarece a doua etapă a travaliului este caracterizată de împingere, fenomenele dorite pot fi imitate în hipnoză folosind catalepsia, cum ar fi catalepsia braţului, pe care am prezentat-o mai sus, în capitolul 4. McCarthy a sugerat că imaginea cea mai bună pe care a găsit-o pentru a aproxima aspectul fiziologic al celei de-a doua etape a travaliului este cea a „stoarcerii unui tub cu pastă de dinţi pentru a-l goli complet". Dacă timpul o permite, în această şedinţă i se poate cere să folosească progresia în timp pentru a-şi imagina că îşi va ţine copilul în braţe în viitorul apropiat, înconjurată de entuziasm şi bucurie, şi cât de minunat se va simţi din punct de vedere emoţional. Legătura prenatală poate fi şi ea încurajată spunându-i femeii să comunice mental cu fătul şi să observe răspunsul acestuia. Pare important să i se amintească femeii să exerseze zilnic aceste abilităţi, inclusiv comunicarea cu fătul. Deseori gravidele povestesc că, atunci când comunică astfel, pot simţi cum copilul se mişcă.

Şedinţa 3. Este dedicată stăpânirii abilităţilor de anesteziere şi disociere. După inducerea transei, femeia este invitată să-şi imagineze pur şi simplu că se vede într-o oglindă din cap până în picioare. Îi este atrasă atenţia asupra reflexiei identice din oglindă prin specificarea culorii ochilor ei, a hainelor, a părului şi aşa mai departe. Apoi i se atrage atenţia asupra faptului că, de exemplu, inelele ei sunt pe mâna opusă, exact aşa cum ar fi într-o oglindă adevărată. În acest moment terapeutul îi cere să păşească în oglindă şi să facă schimb de locuri, aşa încât ea să fie reflexia şi să se uite la ea însăşi. Odată ce este capabilă să-şi imagineze reflexia extracorporală disociată, ea e încurajată să plutească spre o minunată pădure idilică unde susură un izvor. Chiar de cealaltă parte a pădurii se află aceeaşi plajă care a fost imaginată în şedinţa anterioară. Astfel, ea poate percepe plaja şi valurile, dar ca şi cum s-ar uita la ele dintr-o perspectivă disociată. Îşi poate observa corpul fizic de la distanţă astfel încât, dacă apar complicaţii sau dificultăţi speciale în timpul travaliului, să fie capabilă să folosească spontan sau deliberat această abilitate suplimentară de a disocia durerea şi de a se îndepărta de ea.

McCarthy a învăţat-o pe femeie cum să revină în propriul corp şi să hiperasocieze. Pacientei i se spune să-şi pună mâna pe coapsă şi să simtă pur şi simplu textura hainelor de sub vârfurile degetelor ei, apoi pielea şi apoi muşchii de dedesubt. I se cere să continue imaginându-şi femurul şi chiar şi măduva din interiorul femurului şi cum se simte ea la pipăit. McCarthy a subliniat faptul că acest concept de *hiperasociere* pare să funcţioneze la aproape orice femeie. Explicaţia este că, dacă hiperasociază astfel atunci când are o contracţie, va fi capabilă să simtă pe deplin intensitatea contracţiei şi să obţină mai mult din asta.

În continuare este predată anestezia folosind tehnica anesteziei „în mănuşă". McCarthy cerea pur şi simplu : „Imaginează-te purtând o mănuşă colorată ciudat, o mănuşă care a fost înmuiată într-o soluţie cu un puternic efect anestezic local". Apoi întreba dacă pacienta începe deja să remarce schimbările la nivelul mâinii. Sugestiile hipnotice se folosesc pentru a se intensifica hipnoanalgezia. Apoi i se spune că poate alege între două sugestii hipnotice : fie poartă o pereche de colanţi făcuţi din acelaşi material, fie intră într-o cadă sau în piscina unui centru spa, care este plină cu un anestezic lichid de aceeaşi culoare cu mănuşa anestezică. Făcând apel la istoricul pacientei privind naşterile anterioare, terapeutul poate şti că i s-a mai făcut o anestezie epidurală. În acest caz el îi cere să acceseze amintirea acelui moment pentru a-şi spori reacţia anestezică. Procedura produce deseori o excelentă anesteziere a jumătăţii inferioare a corpului. O altă tehnică de inducere a analgeziei „în mănuşă" pe care noi (J.G.W. şi A.F.B.) o considerăm eficientă include următoarea formulare :

> Concentrează-te asupra mâinii tale stângi. Pe măsură ce eu [sau tu] mângâi dosul acelei mâini, întreaga mână – inclusiv fiecare deget – va deveni tot mai amorţită. Mâna începe să pară că este făcută din lemn. Nu mai simţi nimic cu ea, astfel că, atunci când e ciupită nu simţi nici o durere. O simţi ca şi cum ar fi făcută din lemn şi acoperită cu o mănuşă de piele. Braţul, deasupra încheieturii, simte normal orice atingere, dar nu şi mâna. Este aproape ca şi cum nu ar mai face parte din tine.

Aceste sugestii hipnotice ar trebui repetate de multe ori. Anestezia obişnuia să fie testată prin împunsături aplicate ambelor mâini sau braţului, deasupra încheieturii, pentru a-i demonstra pacientei realitatea pierderii sensibilităţii. O metodă mult mai sigură este utilizarea unei

role Wartenberg. Poţi să ţii mânerul şi să rulezi alternativ rotiţa cu mici ace ascuţite pe mâinile pacientei. Vârfurile sunt îndeajuns de ascuţite pentru a testa senzaţia de durere, dar, spre deosebire de acele adevărate, nu străpung pielea. O versiune mai nouă a rolei Wartenberg testează durerea prin stimulare electrică, folosind un dispozitiv de electrostimulare ca acelea din industria cosmetică. Stimularea electrică este produsă prin intermediul unei bobine Tesla, evitând astfel nevoia de a străpunge pielea, aşa cum se întâmplă uneori cu rola tradiţională. O altă variantă este folosirea unui forceps chirurgical cu vârfuri de cauciuc. Astfel de demonstraţii sunt importante şi ar trebui făcute de mai multe ori înainte ca pacienta să intre în travaliu astfel încât ea să capete o convingere puternică privind capacitatea ei de a izola durerea. Incapacitatea realizării unei anestezii după mai multe şedinţe arată că nu se poate pune bază pe hipnoză ca ajutor în timpul travaliului şi al naşterii. De obicei pacienţii hipnotizaţi ar trebui ca, la sfârşitul pregătirii, să demonstreze capacitatea de a rămâne sub hipnoză după deschiderea lentă a ochilor. Acesta poate fi alt test folositor pentru a se asigura măcar o anumită profunzime hipnotică.

Noi (A.F.B. şi J.G.W.) am descoperit că un număr de obstetricieni care folosesc hipnoza preferă metodele mai blânde, ce implică relaxarea, unei abordări autoritare. Acest lucru este valabil mai ales în cazul femeii cu mai puţine nevoi de dependenţă şi care poate avea o componentă masculină mai puternică, situaţie mai des întâlnită astăzi decât acum 20 de ani. Femeia manifestă resentimente considerabile, în mai multe dintre stările eului ei, faţă de dominaţia bărbaţilor. Iniţial poate părea supusă, dar în timpul relaţiei lor gravida de obicei îi va povesti doctorului ce simte faţă de partenerul ei, tipul de relaţie pe care îl au, dacă se simte controlată de el şi, în cazul acesta, dacă acceptă sau are resentimente. Dacă pare să aibă o puternică dorinţă de independenţă faţă de controlul masculin, o abordare autoritară din partea doctorului poate să stimuleze rezistenţa la hipnoză şi să ducă la eşec în momentele critice ale naşterii. Cel puţin într-un caz pe care eu (A.F.B.) îl cunosc, mama a renunţat la controlul prin hipnoză al durerii în timpul naşterii când dominantul tată al copilului a fost prezent. Rezultatul a fost o pedeapsă dureroasă, deşi eficientă, pentru ambii părinţi. Odată ce el a părăsit salonul, calmarea durerii prin hipnoză a fost reluată. Tehnicile mai active, ce reflectă procesul naşterii, sunt mult mai eficiente decât metodele orientate spre relaxare,

chiar şi în cazul pacientelor care au o înclinaţie puternică spre independenţă. Ca întotdeauna, cheia este relaţia cu terapeutul.

Şedinţa 4. Aceasta este ultima şedinţă înaintea declanşării travaliului, de preferinţă programată cu 24 de ore înaintea naşterii. Spre deosebire de celelalte, această întâlnire este dedicată, în primul rând, trecerii în revistă, clarificării şi specificării detaliilor privind tehnicile, şi nu prezentării unor noi tehnici sau noi fenomene hipnotice. Intenţia lui McCarthy este de a diminua tensiunea pregătirii chiar înaintea evenimentului naşterii. Pacienta este lăudată în mod realist şi sincer pentru realizările ei şi pentru exersarea disciplinată a tehnicilor care îi vor dovedi capacitatea hipnotică în timpul travaliului. De obicei aceasta este ultima întrevedere cu pacienta înaintea naşterii. În timpul acestei şedinţe sunt oferite sugestii posthipnotice simple cu privire la diminuarea efortului fizic al travaliului şi la recuperarea rapidă după aceea. Pot fi oferite şi sugestii pentru o alăptare mai uşoară şi adaptarea la rolul de mamă, ca şi capacitatea de a avea un somn liniştit şi de a continua somnul când acesta e întrerupt. Pacienta este încurajată să continue să folosească procedurile hipnotice şi după naştere pentru relaxare şi reducerea anxietăţii, iar în timpul alăptării pentru consolidarea legăturii emoţionale cu copilul.

În mod normal, cel puţin 10-15% dintre femeile care nasc trec printr-o depresie postnatală (McCarthy, 2001). McCarthy le-a învăţat pe paciente să gândească pozitiv pentru a se proteja împotriva dezvoltării depresiei. De asemenea, el le-a atras atenţia că, dacă vor continua să practice regulat autohipnoza, disciplina autoimpusă a exerciţiului regulat va fi o reuşită excepţională. În acelaşi timp, McCarthy nu a pus prea mult accentul pe importanţa exersării şi nu le-a impus pacientelor un program de lucru încărcat. Ideea este că astfel eşecul va fi în întregime vina doctorului, şi nu a ei. Pentru a testa depresia postnatală, McCarthy a administrat *Scala Edinburgh a Depresiei Postnatale Majore* (Cox, Murray şi Chapman, 1993; Schaper, Rooney, Kay şi Silva, 1994). El a remarcat că în cei şapte ani (600 de cazuri urmărite) în care a folosit programul, a existat doar un caz de depresie postnatală destul de uşoară. Acesta este un rezultat spectaculos în comparaţie cu incidenţa normală de 10-15%. Este şi o descoperire deosebit de impresionantă deoarece acest tip special de depresie poate fi iniţiat de schimbările majore la nivel hormonal care se petrec imediat după naştere. Numeroşi cercetători au studiat însă diverşi hormoni şi nu au descoperit nici o legătură

directă între incidenţa ori severitatea depresiei postnatale şi nivelele hormonale. Problema pare să apară la nivelul atitudinilor privind pierderea autonomiei, pierderea limitelor personale, aspectele legate de control, pesimismul, cerinţele de timp, schimbările negative de durată în relaţia cu partenerul de viaţă şi, de asemenea, schimbările majore ale stilului de viaţă care decurg din condiţia de mamă. McCarthy a recomandat o trecere în revistă a lucrărilor lui Michael Yapko (1997) pe tema hipnozei pentru depresie.

Naşterea cu ajutorul hipnozei: metoda Oster

Spre deosebire de procedura McCarthy, psihologul Mark Oster a dezvoltat o metodă menită mai degrabă să îi asiste pe pacienţi în pregătirea lor pentru procedurile medicale decât să elimine orice aspect medical al procedurii, cum ar fi analgezia prin agenţi chimici sau alte medicamente. Totuşi, ne putem aştepta la reducerea unei astfel de nevoi ca beneficiu al abordării. Procedura este concepută să îi confere pacientei un sentiment mai puternic de autocontrol şi să îi sporească participarea la întregul proces, astfel încât ea să-şi poată asista mai bine medicul atunci când e nevoie. Este menită şi să uşureze recuperarea fără folosirea medicamentelor. De obicei, pacientele sunt capabile să transfere în alte situaţii ceea ce au învăţat în şedinţele de câte o oră. Timpul total necesar pentru aplicarea procedurii lui Oster este de şase ore, nu două, ca pentru procedura anterioară. Totuşi, Oster a subliniat faptul că, după aproximativ patru şedinţe, pacienta este, de regulă, destul de bine pregătită pentru procedură şi stăpâneşte folosirea autohipnozei când este necesar. Întregul proces este menit să o abiliteze femeie astfel încât, la nevoie, ea să îi poată pune întrebări doctorului şi să discute orice problemă legată de testele şi examinările care sunt făcute cu orice alt membru al personalului medical. Sigur că un scop important este de a-i schimba perspectiva pacientei de la „ce mi se face sau mi se întâmplă" la „ce facem împreună".

Şedinţa 1. În această şedinţă, Oster este preocupat, în primul rând, de stabilirea raportului şi de intervievarea pacientei cu privire la interesele ei personale, hobby-uri, credinţe şi valori. Aceste informaţii sunt folosite pentru a individualiza hipnoza şi pentru a dezvolta metaforele şi imaginile special create pentru gravidă. Testele iniţiale sunt menite să determine susceptibilitatea pacientei la hipnoză.

Interviul este conceput pentru a elimina contraindicaţiile privind hipnoza şi pentru a oferi ocazia unei evaluări hipnotice formale, dacă este cazul, şi a altor teste psihologice, când e necesar. Pacientei i se poate prezenta hipnoza în această şedinţă sau în prima parte a celei de-a doua întâlniri. Se răspunde la întrebările ei, sunt demontate miturile obişnuite legate de hipnoză şi se caută informaţii legate de eventualele experienţe personale anterioare ale pacientei care au implicat hipnoza. În continuare, atenţia se concentrează asupra neutralizării oricăror percepţii problematice dezvoltate din cauza ideilor negative sau a experienţelor în acest domeniu, care de cele mai multe ori s-au petrecut în prezenţa unui terapeut amator. Totuşi, dacă experienţele anterioare au fost pozitive, se pun întrebări despre ele ; aceste informaţii sunt apoi folosite pentru a ajuta la stabilirea ulterioară a unei relaţii pozitive cu pacienta. Se subliniază faptul că hipnoza este mai degrabă un proces de cooperare interpersonală între doctor şi gravidă decât ceva ce i se face acesteia. Ar trebui pus accentul pe autocontrol şi pe participarea activă, spre deosebire de cea pasivă, atât în cazul experienţei hipnozei, cât şi în cazul procedurii. De asemenea, ar trebui scoasă în evidenţă cooperarea care se extinde la a o ruga pe pacientă să ofere feedback privind orice fraze sau metode ce ar putea fi deosebit de utile sau de neplăcute. Atunci conţinutul este, desigur, ajustat corespunzător.

Şedinţa 2. Aceasta este folosită pentru a încheia pregătirea pacientei pentru hipnoză. Şedinţa este dedicată inducţiei hipnotice iniţiale, inclusiv adâncirii şi încheierii. Ea este menită doar să facă apel la experienţa hipnozei, fără vreo cerinţă terapeutică sau exprimarea unor aşteptări. Confirmarea experienţei hipnotice include sugestii de modificare a temperaturii mâinii şi anestezierea unui membru sau a întregului corp folosind metodele tipice descrise în alte secţiuni ale cărţii. De asemenea, pot fi induse catalepsia şi deschiderea ochilor, în timp ce vorbirea în transă şi sugestia posthipnotică pot fi testate. Pacientei îi este prezentată şi disocierea prin intermediul noţiunii de *părţi* ale mentalului inconştient, fiecare având o funcţie hipnotică specifică.

Şedinţa 3. Aceasta pune accentul pe folosirea părţilor mentalului prezentate la sfârşitul celei de-a doua şedinţe. Prima parte este cea pe care pacienta o foloseşte pentru a induce transa şi pentru a o încheia. Comentariile întăresc conştientizarea schimbărilor la nivelul abilităţii ei de a controla diverse senzaţii ale corpului. A doua parte

este dedicată creării unui loc special în care se poate retrage departe de griji. Sigur că inducţia acestui loc special poate fi similară cu procedura trecută în revistă în protocolul McCarthy. Oster a subliniat că pacienta poate alege dacă să împărtăşească ceea ce a folosit anterior cu rolul unui astfel de loc. Imaginea lui este îmbogăţită prin folosirea multor sisteme senzoriale diferite : vizual, auditiv, olfactiv, gustativ, chinestezic şi emoţional, la fel ca în abordarea lui McCarthy, pe care am prezentat-o în detaliu mai sus. În sfârşit, fiecare sistem este luat în considerare ca semnal special pentru aprofundarea experienţei şi pentru extinderea la următorul sistem. Această tehnică unică şi inteligentă funcţionează, în acelaşi timp, ca o formă de îmbogăţire a experienţei şi de adâncire a hipnozei.

În a treia parte a mentalului, pacientei i se spune că inconştientul se implică şi mai mult în procesul de aprofundare. Aceasta include regresia în timp pentru localizarea amintirilor pozitive. Nu se intenţionează concentrarea asupra aspectului psihoterapeutic, ci asupra simplei identificări a amintirilor pozitive care ar putea fi folosite pentru sprijinirea unei forme de disociere adaptativă în timpul naşterii, dacă este cazul. Sunt folosite semnalele ideomotorii, astfel încât pacienta să îl poată avertiza pe terapeut cu privire la avansarea ei în cadrul procesului. Atingerea este folosită pentru a adânci transa. Odată ce este solicitată partea a patra a mentalului inconştient, se sugerează continuarea aprofundării, astfel încât, în următoarea şedinţă, aceasta să aibă capacitatea de a începe pregătirea. Totuşi, în şedinţa curentă, ea este folosită pentru demararea diverselor exerciţii de confirmare a transei. Sunt oferite şi sugestii privind autohipnoza. Încheierea începe cu parcurgerea procesului în sens invers, trecând prin fiecare dintre cele patru părţi ale mentalului. Prima parte, cea care induce hipnoza, este acum folosită pentru a o termina. După încheiere, experienţa este recapitulată împreună cu pacienta aflată în starea de veghe.

În a treia şedinţă sunt discutate mai întâi experienţele pacientei din primele două întâlniri. Sunt abordate zonele problematice, dacă există, şi se iau în considerare modificări pentru inducţiile următoare. Inducţia începe la fel ca în celelalte cazuri, permiţând implementarea modificărilor necesare. Hipnoza implică parcurgerea de către pacientă a părţilor a doua şi a treia, la fel ca la întâlnirea anterioară, dar mai pe scurt. Adâncirea este scopul principal al celei de-a treia părţi. A patra parte a mentalului este implicată atunci într-o repetiţie hipnotică a

zilei, începând cu momentul în care pacienta s-a trezit dimineaţa, nu cu sosirea la spitalul unde are loc procedura. Fiecare eveniment este menit să servească drept semnal de activare a procesului hipnotic şi să sporească adâncirea. Dacă, în orice moment al procedurii, pacienta simte un disconfort sau devine anxioasă, atunci ea este încurajată să revină repede şi fără efort în locul ei special. Femeia anunţă că a făcut aceasta folosind un semnal ideomotor cum ar fi mişcarea unui anumit deget, după cum s-a stabilit dinainte. Fiecare eveniment ce are loc este menit să servească drept semnal pentru intrarea în transă, adâncirea acesteia sau crearea relaxării. Ideea este de a conferi o senzaţie de control şi de a ajuta la menţinerea calmului pe durata întregii proceduri. Controlul emoţional vine din cunoaşterea şi înţelegerea a ceea ce se întâmplă şi a ceea ce va urma, pe măsură ce evenimentele au loc.

Şedinţa 4. Începe la fel ca şi a treia întâlnire. Are loc o discuţie pe tema şedinţelor anterioare, iar terapeutul înregistrează orice modificări necesare pentru a creşte calitatea experienţei hipnotice pentru pacientă. Acestea sunt folosite apoi pentru a îmbunătăţi şi mai mult pregătirea hipnotică.

Şedinţele 5 şi 6. Acestea sunt mai scurte, de obicei durează între 30 şi 60 de minute. Intenţia este de a se proceda ca în cazul ultimelor două şedinţe, dar mai rapid şi cu mai multă flexibilitate, astfel încât pacienta să-şi poată crea propriile experienţe. Ele sunt înregistrate, astfel încât să poată fi folosite, dacă e nevoie, în timpul naşterii. Şedinţa este menită şi să furnizeze un fel de „reglaj fin" al procedurilor hipnotice în pregătirea evenimentului.

Perioada de interogare şi desensibilizare este urmată de exerciţii de relaxare însoţite de inducţii simple, ca, de exemplu, fixarea privirii sau căderea braţului (vezi capitolul 5). Scopul este de a o ajuta pe pacientă să-şi ridice cât mai mult pragul de rezistenţă la durere şi de a o învăţa să realizeze o anestezie „în mănuşă".

Sugestiile pentru anestezierea „în mănuşă" în urma unei inducţii ar putea fi administrate aşa cum am descris mai sus.

Asemenea sugestii hipnotice ar trebui repetate de multe ori, în special în timpul primelor şedinţe de pregătire. Oster a testat anestezia prin împunsături aplicate atât la nivelul mâinii, cât şi al braţului pentru a-i demonstra pacientei realitatea pierderii senzaţiei. Astfel de demonstraţii sunt importante şi ar trebui făcute de câteva ori înainte ca femeia să intre în travaliu, astfel încât ea să-şi dezvolte

încrederea în propria capacitate de a controla durerea. Imposibilitatea de a stabili anestezia după câteva şedinţe indică faptul că hipnoza nu va fi de mare ajutor în momentul travaliului şi al naşterii. După instruire, pacientele obişnuite, cu hipnotizabilitate moderată sau crescută, îşi vor demonstra capacitatea de a rămâne sub hipnoză în timp ce deschid ochii. Aceasta poate fi altă cale utilă de a le asigura că se află cel puţin la un nivel moderat de „adâncime" hipnotică.

Obstetricienii care folosesc hipnoza frecvent preferă metoda mai blândă, ce implică relaxarea, unei abordări autoritare. Acest lucru este valabil mai ales în cazul femeii cu multe nevoi agresive, care poate avea o componentă masculină puternică sau manifestă resentimente considerabile faţă de dominaţia bărbaţilor. În timpul relaţiei lor, de obicei, gravida îi va spune doctorului ce simte faţă de soţul ei, tipul de relaţie pe care îl au şi dacă se simte controlată de el, iar în acest caz, dacă acceptă asta sau are resentimente. Dacă pare să aibă o puternică dorinţă de independenţă faţă de controlul masculin, o abordare autoritară din partea doctorului poate stimula rezistenţa la hipnoză.

Hipnoza în perioada postpartum

Presupunând că naşterea cu ajutorul hipnozei s-a desfăşurat conform aşteptărilor şi că anestezia prin agenţi chimici a fost folosită într-o măsură mică sau deloc, de obicei este destul de probabil ca pacienta să se dea jos de pe masa de naştere şi să se întoarcă în salonul ei. Această experienţă îi va oferi un profund sentiment de reuşită şi de stăpânire a situaţiei. Astfel, moralul este îmbunătăţit, iar viteza de recuperare sporită. Mai important, ea păstrează capacitatea de a-şi induce anestezia perineului, pe care o poate folosi pentru a-şi diminua disconfortul în această perioadă.

Hipnoza poate fi folosită de femeile care vor să alăpteze şi pentru a grăbi sau a opri lactaţia chiar în primele 48 de ore. Kroger (1963) a efectuat în Rusia primul studiu publicat până la această oră care pretinde că s-a obţinut o rată de succes de 95% în stimularea producerii de lapte matern la 77 de femei. Hipnoza poate fi utilizată de pacientă pentru a stimula lactaţia, aceasta imaginându-şi că îşi ţine bebeluşul în braţe şi îi simte capul sprijinit de sânul ei. Imaginea poate fi îmbogăţită prin inducerea senzaţiei că laptele curge. Sunt necesare cercetări pentru a determina dacă hipnoza asigură rezultate mai bune decât hormonii folosiţi în mod obişnuit.

Rezumat

Dacă este adevărată ipoteza lui Rank (1952) conform căreia trauma provocată de naştere este sursa originară a anxietăţii individului (din cauza separării de mamă), adăugarea anesteziei prin agenţi chimici, care „droghează" atât mama, cât şi copilul, cu siguranţă sporeşte riscul cu care se confruntă pruncul la venirea pe lume. Când naşterea este traumatizantă pentru mamă, e foarte probabil ca ea să fie la fel şi pentru copil. O astfel de traumă îi poate afecta dezvoltarea intelectuală şi emoţională. Debutul relaţiei dintre mamă şi copil este cu siguranţă critic. Dacă naşterea se poate petrece fără dureri, atitudinea femeii faţă de bebeluş va fi pozitivă într-o măsură mai mare decât dacă evenimentul ar fi însoţit de multă suferinţă. Efectele pozitive ale hipnozei pentru naştere au fost bine documentate în situaţii clinice. Aşa cum a subliniat Patrick McCarthy (comunicare personală către A.F.B., ianuarie 2004): „E mult mai uşor şi mai plăcut să foloseşti hipnoza pentru a trata o duzină de femei foarte gravide care sunt un pic anxioase decât să foloseşti hipnoza pentru a trata o femeie foarte anxioasă ce e un pic gravidă".

CAPITOLUL 12

Interacțiunea minte-corp I: hipnoza în medicina internă

Interacţiunea dintre minte şi corp a devenit un subiect de interes tot mai mare în rândul profesioniştilor din sănătate şi al publicului. National Institute of Health (NIH) a înfiinţat în 1996 National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM). Acesta oferă, la nivel naţional, o recunoaştere a rolului pe care factorii psihologici îl joacă în producerea manifestărilor tangibile şi fizice ale bolii. Desigur, descoperirile lui Freud ne-au determinat pentru prima dată să luăm în considerare interacţiunile minte-corp, precum şi termenii *psihosomatic* şi *psihofiziologic*, care au fost folosiţi pentru a indica aceste stări în practica medicinei.

F. Alexander (1939) a îmbrăţişat psihofiziologia dintr-un punct de vedere psihanalitic. Alţii, cum ar fi Flanders Dunbar (1938), au ales o abordare mai eclectică. Totuşi, în toate abordările epocii, s-a considerat că factorii psihogeni, de obicei, contribuie doar la etiologia fiziologică primară a unor afecţiuni cum ar fi astmul bronşic, ulcerul peptic, hipertensiunea şi aşa mai departe. Înaintea recunoaşterii de către NIH (1996) a hipnozei şi a altor abordări psihologice specifice ca tratamente psihologice eficiente, ele erau considerate de majoritatea interniştilor şi medicilor generalişti secundare sau, în cel mai bun caz, adjuvante ale diverselor medicamente. Atenţia acordată recent aplicării tehnicilor psihologice în cazul problemelor medicinei generaliste, subliniată prin apariţia NCCAM, este în mare parte generată de revelaţia pe care a avut-o guvernul Statelor Unite aflând că americanii cheltuiesc în jur de 23 de miliarde de dolari anual pe medicina alternativă.

Efectele factorilor psihogeni în bolile organice

Acum mai bine de patru decenii, Raginsky (1963) a încercat să atragă atenţia asupra faptului că jumătate dintre boli sunt probabil de natură funcţională (au cauze psihologice) şi că o gamă foarte largă de emoţii sunt exprimate prin intermediul proceselor fiziologice. Mai mult, se recunoaşte tot mai des că factorii psihogeni joacă un rol semnificativ în etiologia diverselor afecţiuni organice. Oboseala poate fi deseori de natură psihologică, un conflict intrapsihic extenuându-l pe pacient. Grijile şi depresia pot rezulta din preocuparea faţă de starea proastă de sănătate, iar depresia poate ea însăşi să provoace tulburări de ordin fizic. Uneori anxietatea este direcţionată spre simptomele psihosomatice, iar pacientul nu îşi dă seama de conflictele ascunse care o creează. Cei cu astfel de probleme sunt deseori necooperanţi şi refuză să-şi asculte doctorii. Nu vor să înfrunte înţelesul de la baza manifestărilor lor. O astfel de semnificaţie poate să fie motivul primar al simptomelor ori să contribuie la ele, să le menţină ori să fie o consecinţă a lor. De fapt, pacienţii pot avea o serie de fantezii inconştiente legate de boala lor, care să fie descoperite prin intermediul hipnozei, aşa cum se întâmplă în terapia stărilor eului (Emmerson, 2003 ; Watkins şi Watkins, 1997). (Intervenţiile hipnotice sunt explicate în *Hypnoanalytic Techniques*.) Când conflictele psihogene ascunse au jucat un rol important în crearea unei boli, pacienţii care îşi revin datorită impactului medicamentelor pot să nu întâmpine cu bucurie revenirea la sănătate, ci, în schimb, să caute în mod compulsiv altă afecţiune care să-i schilodească. De aceea este foarte importantă, chiar şi în tratarea problemelor evident organice, înţelegerea semnificaţiei pe care o are boala pentru pacient. Altfel eforturile doctorului de vindeca pot fi zadarnice. Trebuie trataţi indivizii pe de-a-ntregul, nu doar simptomele lor. E posibil ca multe relatării privind efectele secundare ale medicamentelor să fie, de fapt, substituiri de simptome de către pacienţii care, din punct de vedere psihologic, opun rezistenţă la tratament.

Chiar dacă o boală are cauze psihogene, ea poate avea ca rezultat un stres fizic ce iniţiază, în timp, vătămări organice permanente. Un om cu mâna paralizată isteric a fost vindecat prin hipnoterapie (Watkins, 1949). Totuşi, vreo 14 luni, el îşi ţinuse mâna încleştată, fapt ce a dus la o atrofiere considerabilă a degetelor. Mare parte a

atrofierii a devenit permanentă şi, în pofida psihoterapiei îndelungate, a putut fi restabilită doar o mobilitate parţială.

Precauţii privind folosirea hipnozei

Aici sunt necesare unele politici generale privind folosirea hipnozei în afecţiunile medicale. De obicei e bine să fie abordate mai întâi simptomele minore şi să fie evaluat răspunsul. Totuşi, e mai probabil ca simptomele majore să-şi aibă rădăcinile în conflicte psihologice importante şi deci să fie mai rezistente la schimbare. Dacă simptomele minore reacţionează în scurt timp, se poate trece la hipnoză pentru a le ameliora sau a le elimina pe cele mai importante.

S-a făcut mult prea mult caz pe tema potenţialului pericol al suprimării simptomelor prin intermediul hipnozei, dar terapeutul prudent va lua întotdeauna în calcul acest factor. Sugestia hipnotică este o intervenţie în procesele psihologice (şi astfel în cele fiziologice) care schimbă echilibrul boală-sănătate. Astfel de intervenţii pot fi permanente. Înţelesul din spatele bolii pacientului şi însemnătatea măsurilor luate vor interacţiona pentru a determina eficacitatea tratamentului. Când procesul afecţiunii este circular şi se autoalimentează – de exemplu, depresia ca reacţie la un simptom fizic îl agravează –, sugestia hipnotică poate rupe cu succes cercul vicios, oferindu-i pacientului metodele prin care să facă faţă problemei. Încadrată corect pentru pacient, ea poate fi folosită pentru a-i oferi posibilitatea de a alege. În virtutea pregătirii în domeniul hipnozei, pacientului i se oferă o nouă opţiune. Poate percepe simptomul negativ sau poate alege să nu îl simtă. Alteori, pacientul poate pur şi simplu să decidă să-şi modeleze simptomul după nevoie. Ideea este că, dacă sunt trataţi corect de terapeut, bolnavii pot atinge un nou nivel de control asupra vieţii lor.

Ideea că tratamentele fizice, cum ar fi medicamentele şi sportul, sunt potrivite şi pentru simptome psihologice ca anxietatea şi depresia este înţeleasă pe scară largă. Din pricina constrângerilor privind costul îngrijirii medicale în secolul XXI şi a perioadelor lungi necesare pentru multe tratamente psihoterapeutice, psihiatrii revin la abordările somatice. Dar odată cu apariţia unor intervenţii scurte şi eficiente, cum ar fi terapia stărilor eului, abordările psihanalitice sunt din nou acceptate. Totuşi, timp de zeci de ani, psihanaliza

clasică pe termen lung a suferit din cauza necesităţii unei investiţii imense de timp şi efort din partea unui terapeut foarte specializat. Se recunoaşte tot mai mult faptul că acea căutare a unor abordări mai scurte îşi găseşte răspunsul mai degrabă în hipnoanaliză decât în intervenţiile psihanalitice standard.

Capacitatea hipnozei de a influenţa funcţionarea fiziologică a fost susţinută în mod clar de numeroase studii. Având în vedere că toată această muncă este centrată, în primul rând, pe tehnica hipnoterapeutică, noi (A.F.B. şi J.G.W) nu încercăm să trecem în revistă numeroasele lucrări publicate care au dovedit că multe funcţii cardiovasculare, cutanate, gastrice şi multe alte funcţii fiziologice pot fi influenţate prin hipnoză.

S-a recunoscut de mult timp că tehnicile hipnoterapeutice sunt eficiente în gestionarea afecţiunilor psihogene. Însă doar de curând (vezi Herbert, 1998, pentru o trecere în revistă) le-a fost recunoscută eficacitatea în cazul tulburărilor organice. Câteva studii ale laboratorului nostru de la Washington State University sunt grăitoare. De exemplu, în cercetarea premiată la nivel naţional a lui Ruzyla-Smith, Barabasz, Barabasz şi Warner (1995) efectele hipnozei, relaxării şi controlării afecţiunilor au fost testate pe sistemele imunitare a 65 de studenţi sănătoşi care au fost strict departajaţi în funcţie de hipnotizabilitate. Doar cei hipnotizabili, aflaţi în starea de hipnoză, au dovedit o modificare semnificativă a răspunsului imunitar măsurat de celulele B şi celulele T ajutătoare. Folosindu-se inducţia alertă a lui Barabasz (1985 ; Barabasz şi Barabasz, 1996), s-a dovedit şi că hipnoza a facilitat neuroterapia pentru tulburare hiperchinetică cu deficit de atenţie (Anderson, Barabasz, Barabasz şi Warner, 2000 ; Barabasz şi Barabasz, 1994b, 1995, 1996, 2000 ; Barabasz, Crawford şi Barabasz, 1993).

Curios, toate acestea au început cu aproape jumătate de secol în urmă. În 1958, al doilea autor (J.G.W.) a participat la o întâlnire a Academy of Psychosomatic Medicine în cadrul căreia a fost prezentată lucrarea unui medic ce a folosit hipnoza pentru a trata carcinoamele – nu durerea, ci cancerul propriu-zis. S-a lovit de mult scepticism în rândul medicilor participanţi. Câteva decenii mai târziu, cercetările finanţate de NIH le-au permis lui David Spiegel şi colegilor săi de la Stanford University să ofere o demonstraţie convingătoare a efectelor hipnozei asupra cancerului. Urmărirea timp de zece ani a aproximativ 100 de pacienţi a arătat că pregătirea

pentru autohipnoză în cadrul terapiei de grup nu doar a redus durerea provocată de cancer, ci le-a şi prelungit pacienţilor în fază terminală viaţa cu până la 1,5 ani. Mai multe detalii şi intervenţii hipnotice apar mai jos în acest capitol, în secţiunea „Hipnoza în tratarea cancerului". Iată modurile în care hipnoza s-a dovedit valoroasă: crearea rezistenţei la boală, potenţarea efectului medicamentelor şi, poate, stimularea sistemului imunitar. Ea a fost folosită pentru o gamă largă de afecţiuni fizice.

Hipnoza ca ajutor în procedurile de diagnosticare

Multe proceduri de diagnosticare ce implică penetrarea orificiilor corpului pot fi dureroase. Ele includ instrumente cum ar fi gastroscopul, bronhoscopul, laringoscopul, rinoscopul, vaginoscopul şi proctoscopul, ca şi o serie de proceduri din domeniul radiologiei intervenţionale. Cooperarea relaxată a pacientului este foarte necesară în timpul acestor proceduri. Dacă el se crispează, poate să împiedice inserarea instrumentelor şi să cauzeze vătămarea ţesuturilor. În cazuri extreme, anestezia locală sau chiar cea generală poate fi necesară, dacă intervenţia hipnotică nu este disponibilă.

Unele dintre cele mai importante avantaje ale hipnozei sunt relaxarea, reducerea anxietăţii, atitudinile pozitive şi dorinţa de a coopera. Mai mult, pentru că metoda permite focalizarea atenţiei (sau distragerea ei), sugestiile hipnotice pot fi îndreptate spre sau departe de o zonă anume a corpului. Pacienţilor hipnotizaţi li se pot sugera reverii plăcute care să le disocieze eficient atenţia de la locul examinării pentru stabilirea diagnosticului. Este înţelept din partea doctorului să întrebe despre fanteziile sau amintirile care sunt asociate cu sentimente plăcute de relaxare. Pe baza acestor informaţii pot fi formulate sugestii hipnotice corespunzătoare. Pacientul este încurajat să continue să trăiască scenele descrise sau fanteziile în timp ce se aplică procedurile de diagnosticare. Folosind hipnoza profundă, poate fi sugerată amnezia cu privire la întreaga experienţă, evitând astfel amintirile dureroase sau cu potenţial traumatizant, care pot fi înfruntate mai uşor, dacă este nevoie, după recuperarea pacientului.

Chiar şi procedurile de diagnosticare mai confortabile şi nedureroase, cum ar fi o ecocardiogramă, pot genera anxietate din cauza conflictelor asupra părţilor corpului care sunt examinate sau a temerilor

cu privire la ce s-ar putea descoperi. Un pacient care suferă de o tulburare respiratorie poate fi tensionat din pricina fricii de sufocare. Atunci chiar şi vederea unui bronhoscop va declanşa o teamă paralizantă sau o totală lipsă de cooperare. Senzaţia de înecare poate urma unei încercări de a face o gastroscopie. În unele cazuri, persoana nu va relaxa glota suficient pentru a permite introducerea gastroscopului.

Examinarea proctologică poate provoca anxietate în rândul pacienţilor care au conflicte interioare cu privire la funcţia intestinelor sau cea anală. Aici pot fi utile varii tehnici hipnotice. În cazul pacienţilor capabili să ajungă la un nivel profund al transei hipnotice, procedurile pot fi efectuate ca şi cum ei s-ar afla sub anestezie generală. Bolnavului i s-ar putea sugera să se relaxeze, să nu aibă nici o reacţie fizică şi, după ieşirea de sub hipnoză, să fie amnezic cu privire la întreaga procedură. Dar nu este obligatorie atingerea unei stări extrem de profunde pentru ca hipnoza să fie de ajutor. Folosind o transă uşoară, sugestiile generale de calm, domolire a anxietăţii şi relaxare a sfincterelor pot contribui mult la o examinare satisfăcătoare. Totuşi, în timpul unor proceduri, pacienţii se pot plânge că îi doare. În astfel de cazuri, analgezia hipnotică direcţionată spre zonele relevante poate fi suficientă pentru a o ameliora.

Odată, un internist a vrut să folosească un enterotest care să-l ajute să localizeze o hemoragie gastrointestinală. Pacienta nu putea tolera tubul şi se îneca tot timpul. Totuşi, folosind doar o hipnoză uşoară, ea s-a calmat, a relaxat muşchii gâtului şi a tolerat dispozitivul îndeajuns pentru a localiza un ulcer duodenal. Pentru pacientul extrem de tensionat şi stăpânit de anxietate, relaxarea hipnotică poate avea aceleaşi rezultate ca sedarea chimică – sau mai bine –, fără nici unul dintre efectele secundare asociate deseori cu astfel de medicamente. Ar trebui folosite principiile care se aplică de obicei sugestiei hipnotice, aşa cum le-am descris în capitolul anterior.

Slaba cooperare a pacienţilor în timpul unor proceduri de diagnosticare poate fi cauzată de o motivaţie profundă, psihologică sau de un conflict. De exemplu, inserarea unui specul poate provoca frica de viol, în timp ce în cazul bărbaţilor proctoscopul poate declanşa imaginea unui viol homosexual. În cazul persoanelor de sex masculin care au tendinţe homosexuale latente, uneori aceasta are ca rezultat o reacţie de panică. Dacă pacientul manifestă astfel de tulburări, nu ar trebui făcută nici o încercare de a continua examinarea până când liniştirea şi relaxarea hipnotică nu i-au restabilit autocontrolul.

Medicul care insistă cu examenul fizic şi care ignoră semnele de tulburare psihologică poate traumatiza pacientul. Chiar şi interniştii pregătiţi să facă faţă fricii de viol nu sunt, foarte probabil, instruiţi să trateze problema „homosexualităţii latente". Pentru această sarcină este nevoie de un psihoterapeut experimentat. Totuşi, atenţia la riscul unei traume în cazul acestor pacienţi poate avea mare legătură cu evitarea creării unei noi probleme psihiatrice.

Hipnoza în tratarea afecțiunilor cardiovasculare

Cardiologii au învăţat să nu îşi îngrijoreze fără motiv pacientul după auscultarea unui murmur cardiac. Pacientul îşi poate da seama dacă medicul este îngrijorat. Ecocardiogramele audio amplificate pot fi deconcertante pentru cel neiniţiat, chiar şi fără o tulburare aparentă. Dacă pacientul se alarmează, poate face o fixaţie asupra regiunii inimii şi o problemă cardiacă minoră sau inexistentă poate fi dezvoltată într-o nevroză cardiacă.

Acum mai bine de un secol, Kline (1950) a descris cazul unui individ care a reclamat „o presiune puternică în zona inimii" însoţită de multă anxietate. Sub hipnoză, el şi-a regresat pacientul până la un control medical anterior, în timpul căruia doctorul, după ce l-a auscultat cu stetoscopul, a chemat alt medic să facă acelaşi lucru. Aceasta a declanşat o reacţie de anxietate. După ce pacientul şi-a amintit şi a retrăit incidentul folosind regresia hipnotică, simptomul a încetat. Tehnica poate fi utilă în orice caz de posibilă fixare iatrogenă a simptomelor.

Ritmul cardiac poate fi influenţat de o serie de factori psihologici. Sugestia hipnotică poate fi combinată cu procedurile de biorezonanţă pentru a se încetini bătăile inimii. Procesul atenţional de concentrare, în special în primele faze ale unei inducţii propriu-zise, de obicei accelerează ritmul cardiac. Acesta mai poate fi crescut şi prin sugestii hipnotice directe, cum ar fi imaginarea de către pacient a faptului că e implicat într-un accident rutier, sau prin sugestii hipnotice indirecte adaptate istoricului personal al bolnavului.

În general eforturile de a reduce tensiunea arterială prin intermediul sugestiei hipnotice nu au avut succes. Totuşi, cu trei decenii în urmă, Deabler, Fidel şi Dillenkoffer (1973) au relatat că au reuşit să scadă tensiunea arterială sistolică şi diastolică folosind sugestia

hipnotică. Un an mai târziu, Brady, Luborsky şi Cron (1974) au descris o inducţie prin procedura metronomului pentru reducerea tensiunii arteriale în cazul pacienţilor cu hipertensiune esenţială confirmată. Instrucţiuni înregistrate pe o casetă audio puneau accentul pe sugestiile hipnotice de relaxare folosind verbalizări sincronizate cu metronomul care ticăia cu 60 de bătăi pe minut. Existând atât de puţine date suplimentare, putem doar să conchidem că această zonă are nevoie de investigaţii viitoare. Evident, hipnoza poate fi considerată o abordare posibilă, poate ca adjuvant al medicaţiei, când alte metode nu sunt eficiente. În aceste cazuri, pacientul ar trebui să fie învăţat cum să aplice relaxarea şi autohipnoza deoarece poate avea nevoie să le folosească de mai multe ori pe zi pentru a atinge şi a menţine un ţel medical stabilit.

Un pacient pe care eu (A.F.B.) l-am întâlnit a fost un pilot al Forţelor Aeriene Regale din Noua Zeelandă ce avea o fobie faţă de umflarea tensiometrului. Aceasta producea false rezultate crescute. A reuşit să „treacă cu greu" reexaminarea medicală după zece şedinţe de desensibilizare sistematică, urmate de exerciţii zilnice (cu expunere pe viu) folosind sfigmomanometrul pentru a-şi verifica tensiunea. Cu cât exersa mai mult, cu atât mai mult reuşea să obţină rezultate aflate între limitele normale. Totuşi, odată cu trecerea timpului reducerea anxietăţii a devenit specifică măsurătorilor făcute de pacient sau de terapeut. Reacţia lui nu mai era generalizată la citirile făcute de medicii care îl examinau sau de asistente. Punctajul obţinut de pilot pe *Scala de Hipnozabilitate Clinică Stanford* era unul mediu, dar era mai mult decât suficient pentru a-i facilita răspunsul la sugestia directă că „va fi uşor şi normal să rămâi relaxat, aşa cum eşti acum, când îţi iei singur tensiunea sau când ţi-o măsoară alţii. De fapt, îţi va fi mai uşor să nu mai trebuiască să-ţi baţi capul cu citirea, apăsarea pompei şi umflarea tensiometrului". În acest caz, o singură şedinţă de hipnoză a fost mult mai eficientă decât fusese înainte întregul curs de desensibilizare sistematică. Testele lui medicale au rămas la nivelul normal pe toată durata de 18 luni a urmăririi. Să ne amintim că în acest caz am avut de-a face cu o simplă fobie, şi nu cu tratarea unei boli legate de tensiunea arterială.

Relaxarea cardiacilor poate fi obţinută mai degrabă prin folosirea hipnozei pentru a iniţia fantezii, cum ar fi statul la plajă, relaxarea pe un deal înverzit şi aşa mai departe, decât prin sugestii verbale directe cum ar fi „Te vei relaxa". Vizualizarea scenelor în care relaxarea

vine indirect, ca o consecinţă a implicării imaginative puternice, este mult mai eficientă. Kroger şi Fezler (1976) au indicat că, în cazuri de angină pectorală, sugestia hipnotică de căldură asociată cu relaxarea poate îmbunătăţi circulaţia coronariană compromisă. De asemenea, ei afirmă că au avut succes în folosirea regresiei hipnotice pentru ameliorarea şi înlăturarea aritmiilor cauzate de febra reumatică în copilărie. Din nou, încă lipsesc cercetările experimentale controlate.

Efectul pe care îl poate avea hipnoza asupra unui pacient ce are probleme cu inima a fost dramatic ilustrat în cazul clasic al lui Raginsky (1963). Un pacient care suferise anterior un stop cardiac în timpul unei operaţii a fost hipnotizat pentru a i se înlătura anxietatea cu privire la acea procedură. În timpul acestui episod experimental, conform electrocardiogramei, inima i s-a oprit timp de patru bătăi. Acest caz ilustrează faptul că hipnoza poate fi o tehnică foarte puternică şi poate produce consecinţe serioase. Trebuie folosită cu abilitate profesională pentru a se evita efectele secundare dăunătoare.

Bolile Buerger şi Raynaud au ca rezultat restricţionarea fluxului de sânge către extremităţi. Există un număr de relatări privind tratarea hipnotică a acestor afecţiuni (Barabasz, 1977, pp. 24-28 ; Crasilneck şi Hall, 1985 ; Jacobson, Hackett, Surman şi Silverberg, 1973 ; Norris şi Huston, 1956). În transă au fost oferite sugestii menite să crească fluxul sangvin către braţe, mâini sau picioare. Am descoperit că, cerându-le pacienţilor hipnotizaţi să vizualizeze că îşi pun mâinile într-un bazin cu apă caldă, temperatura pielii lor a crescut la nivelul degetelor cu aproximativ patru grade, într-un grup de opt pacienţi. Descrierile vii realizate de terapeut şi vizualizările clare de către pacient sunt esenţiale pentru succesul acestei tehnici. E. Hilgard (comunicare personală către A.F.B., 1992) a observat că, dacă „scalele de hipnotizabilitate nu prezic receptivitatea la această formă de vizualizare, o transă uşoară va funcţiona".

Pentru că a fi supraponderal este asociat cu afecţiuni ale inimii, tratarea obezităţii este deseori indicată în cazul cardiacilor. Din fericire, s-a descoperit că hipnoterapia este deosebit de valoroasă. O meta-analiză a 18 studii asupra hipnozei ca adjuvant în psihoterapia cognitiv-comportamentală (Kirsh, Montgomery şi Sapirstein, 1995) a arătat că pacienţii care beneficiau de hipnoterapie au dat dovadă de o ameliorare mai accentuată decât cel puţin 70% dintre clienţii ce au primit un tratament nonhipnotic. Efectele, recunoscute ca eficiente

de NIH, au fost deosebit de pronunţate în cazul tratării obezităţii (vezi şi Barabasz şi Spiegel, 1989 ; Kirsh, 1996). Vom descrie tehnici hipnotice pentru această problemă în capitolul 14.

Hipnoza în tratarea tulburărilor respiratorii

Respiraţia este o funcţie aflată, în mod normal, sub control conştient. Dar, în cazul anumitor afecţiuni, cum ar fi crizele de astm, este strâns legată de teamă şi furie. O experienţă puternic emoţională poate fi suficientă pentru a le declanşa. După aceea, teama de moarte poate să continue şi să întărească atacul. Este astfel declanşat un cerc vicios. Această boală este considerată psihosomatică, pentru că prezenţa alergenilor chimici, conflictele emoţionale sau ambii factori pot servi la declanşarea mecanismului. Reacţiile alergice pot fi şi rezultatul învăţării sau al condiţionării. De exemplu, unii suferinzi care au alergie la trandafiri pot avea o criză de astm dacă sunt aduşi în prezenţa unor trandafiri de hârtie.

Deoarece hipnoza poate să producă relaxare şi să diminueze anxietatea, eficacitatea ei în tratarea acestor afecţiuni a fost menţionată în multe rapoarte clinice de peste o jumătate de secol (Barabasz, 1977 ; Collison, 1975, 1978 ; Marchesi, 1949 ; Van Pelt, 1949). Raginsky (1963) a explicat că astmaticii sunt caracterizaţi de conflicte legate de suprimarea oricărui tip de „emoţie intensă" şi de ameninţarea unor relaţii de dependenţă şi a securităţii bazate pe acestea. De multe ori ei au învăţat să-şi folosească simptomele pentru a-şi controla partenerii de viaţă şi a-i forţa să le întărească nevoile de dependenţă. French şi Alexander (1941) au descris criza de astm drept „plânsul după mama". Prin urmare, un asalt sugestiv direct asupra simptomelor principale are deseori ca rezultat agravare în locul ameliorării. În loc să folosească sugestia hipnotică directă pentru a suprima simptomele, doctorul ar trebui să-i permită pacientului să vorbească despre temerile lui şi să dezvolte reacţia de relaxare care să-l ajute să-şi întărească eul.

O varietate de sugestii hipnotice speciale pentru calmarea crizelor de astm şi recondiţionarea obiceiurilor de respiraţie ale pacienţilor astmatici au fost testate într-un mediu clinic. Imaginile vii din timpul hipnozei pot reprezenta o tehnică valabilă. Astfel, cei doi Spiegel

(Spiegel şi Spiegel, 2004) au folosit metoda pentru a-şi ajuta pacienţii să creeze o imagine grăitoare a plămânilor care se deschid încet. Aceasta este urmată de o sugestie hipnotică a faptului că pacientul va simţi „aerul proaspăt intrându-i în plămâni". Totuşi, majoritatea sunt menite să-i ofere bolnavului opţiunea de a-şi controla criza cu o formă de relaxare.

Una dintre cele mai eficiente abordări, care a trecut testul timpului, subliniază faptul că este destul de important ca medicul să-şi sincronizeze sugestiile astfel încât unele să fie date în timp ce pacientul inspiră şi altele când acesta expiră (Jencks, 1978). Scopul este de a inversa tendinţa pacientului astmatic de a creşte timpul cât trage aer în piept şi a-l scurta pe cel cât expiră. Ea a prezentat o serie de exerciţii de respiraţie şi de fantezii însoţitoare după cum urmează.

1. *Inspirarea adâncă* pentru relaxare şi un ritm mai lent al respiraţiei. Imaginează-ţi că aerul inhalat intră prin vârful degetelor, urcă prin braţe înspre umeri şi piept şi apoi, în timpul expirării, coboară prin trunchi spre picioare şi iese uşor prin degetele de la picioare. Repetă de câteva ori.
2. *Duşul cald* pentru contracararea tensiunii în zona umerilor şi a gâtului. Imaginează-ţi apa unui duş cald curgând plăcut pe ceafă, umeri şi gât. Simte căldura şi relaxarea în timpul expirării.
3. *Cărările imaginate* pentru uşurarea respiraţiei sau diminuarea presiunii. Imaginează-ţi că aerul respirat se scurge cu uşurinţă înăuntrul şi în afara oricăror zone unde este nevoie de alinare. Pacienţii astmatici s-au calmat când au „respirat prin şale" ; durerile de cap cauzate de tensiune pot fi domolite prin „inspirarea sau expirarea prin creştetul capului sau tâmple" ; iar „respirarea prin intermediul găurilor de sub bărbie" poate deschide sinusurile.
4. *Floarea care se deschide* pentru a contracara anxietatea şi senzaţiile de apăsare a gâtului, pieptului sau abdomenului. Imaginează-ţi în timp ce expiri un boboc de floare deschizându-se în locul potrivit, ca în fotografierea secvenţială (controlată de calculator). Repetă şi simte deschiderea timp de mai multe expiraţii.
5. *Foalele* pentru a uşura respiraţia sau pentru a creşte capacitatea vitală. Respiră ca şi cum plămânii tăi ar fi nişte foale care trag aer şi îl dau afară. Imaginează-ţi că aerul se scurge înăuntru şi în afară liber şi cu uşurinţă.

6. *Firul auriu şi umeraşul* pentru o postură bine aliniată cu o senzaţie vie şi totuşi relaxată. Imaginează-ţi un fir auriu, energizant trecând pe toată lungimea coloanei şi prin creştetul capului. Imaginează-ţi că eşti ţinut de sus de acest fir astfel încât îndreptarea să fie obţinută fără efort. Închipuie-ţi, în timp ce inspiri, că acest fir este tras de sus şi revigorarea urcă de jos în coloana vertebrală. În timp ce expiri, imaginează-ţi că ţesuturile din zona umerilor sunt drapate liniştitor şi lejer pe omoplaţi sau pe un umeraş suspendat.
7. *Broasca* pentru întărirea eului. Inspiră şi imaginează-ţi că te umfli până devii enorm, aşa cum face o broască. Permite-ţi să rămâi mental la dimensiunea aceasta în timp ce te relaxezi pe durata expiraţiilor.

Cititorii cu o pregătire în domeniul meditaţiei sau yoga vor recunoaşte, fără îndoială, unele asemănări între procedura Jencks şi „Meditaţia Taoistă a Orbitei Microcosmice". Dacă pacientul tău e interesat de meditaţie, aşa cum se întâmplă deseori cu o serie de bolnavi care apelează la hipnoză, poate vei dori să adaptezi aspectele relevante ale procesului de inducţie pentru alinarea astmului. În capitolul 14, în secţiunea intitulată „Meditaţia şi hipnoza pentru sănătate", vom discuta despre hipnoza bazată pe meditaţie şi inducţia bazată pe tehnicile taoiste, dezvoltate de primul autor.

Abreacţiile hipnotice pot fi şi ele destul de eficiente. În cadrul acestei tehnici se fac eforturi pentru eliberarea tensiunii acumulate şi oferirea altor forme de eliberare a furiei şi fricii. Abreacţia se află la graniţa dintre o tehnică de manipulare a simptomelor şi una hipnoanalitică în care scopul este rezolvarea conflictelor psihogene. Poate fi eficientă în calmarea pacienţilor supracontrolaţi. *Hypnoanalytic Techniques*, trece în revistă câteva tehnici alternative pentru obţinerea abreacţiilor care pot produce rezultate profunde şi durabile în perioade foarte scurte de terapie.

Este critic să ne amintim că studiile ce raportează eficacitatea hipnoterapiei nu sunt valide dacă nu s-a acordat prea multă atenţie manierei în care a fost făcută inducţia, formulării exacte a sugestiilor şi modalităţii în care ele sunt prezentate. Doi terapeuţi pot citi acelaşi set de cuvinte, dar prin felul lor de a le reda şi prin modul de a relaţiona cu pacienţii lor ei pot avea rezultate foarte diferite în urma tratamentului. Studiile controlate experimental ale potenţialelor

cerebrale EEG legate de eveniment au arătat clar că şi cea mai mică diferenţă în formularea sugestiilor hipnotice poate produce rezultate bidirecţionale (Barabasz *et al.*, 1999) şi că inducţia poate aduce o contribuţie enormă în privinţa rezultatului şi a efectelor asupra organismului (Barabasz, 2000).

Relaxarea. Majoritatea oamenilor care ştiu câte ceva despre tratarea astmului pun accent pe nevoia de relaxare şi încetinire a respiraţiei. Din fericire, hipnoza este o metodă extrem de eficientă de a induce o astfel de reacţie când pacientul este măcar mediu hipnotizabil. Ea devine astfel tehnica preferată, chiar dacă de mult prea multe ori pacientul ajunge în cabinetul unui hipnoterapeut ca ultimă soluţie, după ce inhalatoarele şi medicamentele nu s-au dovedit eficiente sau au avut un efect limitat.

Deseori astmul implică o reacţie secundară la cea mai mică dificultate în respiraţie. Pacientul trebuie să simtă că poate să inducă şi să oprească o criză. O abordare care eu (A.F.B.) am descoperit-o ca eficientă pe un număr de pacienţi este a lega începutul unei crize de sugestia posthipnotică a intrării în transă, de îndată ce circumstanţele o permit, pur şi simplu dând ochii peste cap şi apoi repetând în tăcere sugestiile hipnotice eficiente în timpul heterohipnozei. Deseori aceasta poate implica pur şi simplu repetarea cuvântului *calm* la fiecare expiraţie, în timp ce se imaginează că totul funcţionează uşor şi normal.

Crasilneck şi Hall (1985) le-au descris pacienţilor lor astmatici mai tineri un film cu nişte cai care aleargă în viteză şi deci respiră greu. Când animalele încetinesc şi merg normal, respiraţia lor devine calmă şi ei şuieră mai puţin. Pe măsură ce respiraţia cailor încetineşte, pacienţii tineri sunt învăţaţi să-şi încetinească şi ei, în acelaşi fel, respiraţia. Apoi medicii le sugerau bolnavilor că vor avea aceeaşi experienţă (de exemplu, încetinirea respiraţiei precipitate) de fiecare dată când vor intra în transa hipnotică. Eu (A.F.B.) subliniez: „Respiraţia va fi normală la trezirea din hipnoză şi când vei fi complet alert, perfect treaz, calm şi încrezător – respiraţie bună, normală".

Crasilneck şi Hall (1985) au relatat şi un caz de tuse care însoţea o leziune ulceroasă a mucoasei bifurcaţiei traheale. Tusea a continuat chiar şi după vindecarea ulcerului. Pacientul a primit sugestia: „Muşchii gâtului tău vor fi relaxaţi şi liniştiţi. Iritabilitatea care dă mâncărimi va scădea. Respiraţia îţi va fi normală şi uşoară". După cinci zile de hipnoterapie, tusea lui a încetat.

Desensibilizarea. Kroger şi Fezler (1976) au relatat şi o serie de studii în care tehnicile comportamentale de desensibilizare sistematică amestecate cu hipnoza (vezi şi Barabasz, 1977) au fost eficiente în reducerea horcăitului. Spre deosebire de comportamentaliştii care nu aveau cunoştinţe de hipnoză, ei au remarcat că pacienţii foarte hipnotizabili tind să aibă cea mai bună reacţie. Ei consideră astmul un reflex condiţionat şi percep sarcina terapeutică drept una de recondiţionare. Pacientul este învăţat, sub hipnoză, ca, atunci când simte că se apropie o criză, să retrăiască un episod relaxant din trecut. Din motive neelucidate, puţini medici folosesc astăzi această abordare dar, acum un sfert de secol Kroger şi Fezler au indicat rezultate foarte bune. Tehnica merită să fie folosită şi cercetată pe viitor.

Hipnoza în tratarea afecțiunilor gastrointestinale

Ca sistem de organe, tractul digestiv este deosebit de sensibil la influenţele emoţionale. Nu trebuie să accepţi perspectiva clasică freudiană conform căreia activităţile „orale" reprezintă primul şi cel mai elementar stadiu al organizării personale pentru a recunoaşte că a oferi mâncare şi băutură este un semn comun de afecţiune. Invităm la cină oamenii care ne plac. Le cumpărăm ceva de băut. Mâncăm când suntem tulburaţi sau nefericiţi. Bem alcool pentru a ne linişti nervii sau pentru a ne relaxa cu prietenii. Ne referim la cineva ca având o dispoziţie „dulce", iar la o persoană iubită cu „dulceaţă". Un individ care ne lasă o impresie nefavorabilă poate fi numit „acritură" sau cineva supărat este descris ca fiind „amărât". O formă de personalitate poate fi numită „pipărată", iar un om care ne este apropiat poate fi numit „o bomboană". Uneori putem „digera" cu greu o persoană care se „prinde" de noi şi este „de rahat" când suntem trataţi prost. Un om curajos poate fi descris ca având „stomacul tare", în timp ce termenul colocvial pentru *anus* este folosit ca semn de luare în râs. Nu e de mirare că sistemul gastrointestinal este impregnat cu o gamă atât de bogată de înţelesuri şi emoţii. E logic să ne aşteptăm ca relaţiile personale încâlcite, chinurile între dragoste şi ură, problemele legate de teamă şi furie să fie transferate în tulburări parţiale sau totale ale tractului digestiv, de la intrare până la ieşire.

Disfagia. Rezistenţa la ingerarea pe cale orală poate debuta chiar înaintea actului de înghiţire. Probabil primul care s-a ocupat de

dificultăţile pe care unii oameni le au la înghiţirea pastilelor a fost Secter (1973), care a descris o tehnică interesantă de imaginare subiect-obiect pentru a rezolva problema. Pacientului i se spune să vizualizeze altă persoană care încearcă să înghită o pastilă, dar se îneacă cu ea. Pacientul este determinat să se identifice cu acest individ şi apoi i se spune, sub hipnoză, să remarce că, după ce „prietenul nostru" a primit un semnal de a-şi relaxa muşchii gâtului, el poate lua liniştit pilula. Apoi pacientul este determinat să se pună în locul persoanei imaginate anterior şi să se pregătească pentru a se relaxa la semnal astfel încât să poată înghiţi medicamentul.

Anorexia nervoasă este o tulburare ce pare să fie direct legată de problemele psihologice. Raginsky (1963) a descris tratarea cu succes a unui astfel de caz prin „sugestii nespecifice de relaxare, confort şi speranţă". Totuşi, a fost dezvăluit şi un conflict familial care implica disensiuni între părinţii pacientului. Acordul mamei pentru hipnoterapie, urmat de o cerere din partea pacientului ca mama lui „să îl hrănească", care a fost îndeplinită, au inversat procesul de evitare a hranei. Cu toate că, la prima întrevedere, pacientul era aproape de moarte, el şi-a revenit şi, în final, a devenit medic. Este important de remarcat că hipnoza a funcţionat doar când a fost tratată simultan problema emoţională a familiei. Aceasta indică faptul că hipnoza sugestivă poate avea nevoie să fie suplimentată măcar cu o formă de terapie relaţională sau orientată spre *insight*. Metoda poate fi esenţială pentru succesul tratamentului, dar cel mai bine este să fie învăţată ca adjuvant al unui tratament complet, nu ca un tratament de sine stătător.

Sindromul dumping a făcut parte din numeroase studii efectuate cu decenii în urmă. Este caracterizat de transpiraţie, diaree, anorexie, greaţă şi slăbiciune. Cu toate că originea lui poate fi organică, el are o componentă psihologică puternică. S-a descoperit că relaxarea progresivă, sporită prin hipnoză, este eficientă în diminuarea celor mai acute simptome.

Dorcus şi Goodwin (1955) au făcut referire la studii anterioare care au arătat că pacienţii ce sufereau de ulcer duodenal şi au dezvoltat sindroame dumping în urma unor gastrectomii parţiale au tins să înregistreze scoruri ridicate pe *Scala Taylor a Anxietăţii Manifestate* şi pe scalele „triadei nevrotice" ale Testului Minnesota de Evaluare Multifazică a Personalităţii (MMPI). Pentru aplicarea acestor descoperiri ei au folosit hipnoterapia în cazul a patru pacienţi. Sugestiile hipnotice au vizat reducerea tensiunii, înlăturarea temerilor

față de această afecțiune și accentuarea calităților olfactive ale mâncării și a sentimentului de confort în ceea ce privește aportul de hrană și lichide. Toți cei patru bolnavi au reacționat favorabil.

Doberneck, Griffen, Papermaster, Bonello și Wangensteen (1959) au combinat hipnoza cu terapia de grup pentru tratarea cu succes a sindroamelor dumping cronice. Bonello, Doberneck și Papermaster (1960) au raportat succesul simptomatic în cazul a 56% din 36 de pacienți care suferiseră o gastrectomie.

Deși toate aceste studii au folosit hipnoza ca tehnică primară, este important să luăm în considerare potențiala semnificație a sindromului dumping care ar putea implica furia, ura și resentimentul simbolizate prin respingerea mâncării. Așadar, alte abordări, care vizează externalizarea și eliberarea unor astfel de sentimente, s-ar putea dovedi eficiente fără să fie nevoie de o psihoterapie completă.

Vomitatul compulsiv. Lait (1972) a relatat un caz interesant în care a rezolvat temporar simptomele de vomitat compulsiv ale unei femei de 31 de ani, folosind mai întâi sugestii simple de relaxare și calmare. Mai târziu, când simptomele au revenit, el le-a urmărit sursa prin intermediul regresiei hipnotice la o experiență pe care pacienta a avut-o în copilărie. Tatăl alcoolic le bătea pe ea și pe mama ei. După beții acesta avea deseori grețuri și vomita în cadă. Pacienta spera că el o să moară, de fapt în acele momente se și ruga pentru asta. Ca adult, episoadele ei de greață apăreau când soțul ei venea acasă băut. După ce s-a văzut ca fetiță de 6 ani având acea experiență și după ce „s-a iertat" sub hipnoză, se pare că a scăpat definitiv de greață.

Aceasta indică probabilitatea ca tehnici hipnoanalitice mai complexe să fie necesare atunci când simpla sugestie duce doar la rezultate temporare. Cazul subliniază și gravitatea psihopatologiei subsidiare cu care are de-a face cineva atunci când se confruntă cu o persoană care interzice alcoolul, aspect menționat în capitolul 13, dedicat afecțiunilor dermatologice. Indivizii cu o astfel de gândire rigidă merg dincolo de decizia legitimă de a nu bea ei înșiși alcool. Ei încearcă să controleze viețile celor dragi evocând vina chiar și în legătură cu cel mai responsabil consum de băutură și solicitând promisiuni de abstinență. Un astfel de comportament pseudomoralist este, de cele mai multe ori, o manevră defensivă cauzată de propriile dependențe infantile, de o forță inadecvată a eului și de frica de a-și pierde autocontrolul. Rigizi și încuiați în propria postură defensivă,

disperată şi neadaptată, e puţin probabil ca asemenea oameni să se schimbe. Ei sunt rezistenţi la intervenţiile psihologice, inclusiv la hipnoză.

Probabilitatea ca simptomele gastrointestinale să aibă o semnificaţie şi deci să necesite mai mult decât hipnoza pentru rezolvarea lor permanentă este exemplificată în cazul clasic relatat de Crasilneck şi Hall (1985). Plângându-se în legătură cu soţul ei, o femeie care suferea de *globus hystericus* a afirmat: „Nu poate digera porcăriile pe care le scoate el!". Această afirmaţie s-a dovedit a fi legată de faptul că el o presa să-i facă sex oral.

Mulţi medici îşi centrează strategiile terapeutice pe folosirea hipnozei pentru a induce calmul şi relaxarea şi pentru a reduce motilitatea gastrică excesivă. Folosind-o în acest fel, pare puţin probabilă cauzarea unor sechele grave. Totuşi, terapeutul trebuie să fie pregătit să folosească abordări psihoterapeutice mai complexe în cazul în care diminuarea simptomelor se dovedeşte a fi temporară. Urmărirea atentă a pacienţilor este esenţială.

Constipaţia. În astfel de cazuri, dieta corectă şi exerciţiile fizice ar trebui să fie primul şi cel mai important scop al tratamentului. Hipnoza oferă un ajutor excelent în dezvoltarea unor astfel de obiceiuri sănătoase. Sugestiile hipnotice specifice pentru tratarea constipaţiei implică „predarea", sub hipnoză, a fiziologiei mişcărilor peristaltice, urmată de sugestii direcţionate spre relaxarea sfincterelor anale (Hooke şi Van Vogt, 1956). Sugestiile hipnotice pot fi legate de actul statului pe toaletă pentru a grăbi defecarea. Erickson, Herschman şi Secter (1961) au relatat „discutarea" cu pacientul constipat, aflat sub hipnoză, a „posibilităţii rezervării unei perioade în fiecare zi" pentru „golirea intestinelor". De asemenea, ei au recomandat să i se permită pacientului să folosească o perioadă „doar pentru a sta şi a reflecta dacă evacuarea intestinului va fi una completă sau parţială". (Vezi şi secţiunea despre sindromul colonului iritabil din capitolul 16).

Hipnoza în tratarea afecţiunilor neurologice

Ambrose (1963) a descoperit că hipnoza este de folos în tratarea aşa-numitului *petit mal* la copii. El îi determina pe micii săi pacienţi să-şi discute supărările, să-şi exprime agresivitatea şi să-şi înfrunte

temerile şi sentimentele de vinovăţie în timp ce se află sub hipnoză. El credea şi că ei pot fi învăţaţi autohipnoza pentru autosugestie, dar nu a prezentat nici un fel de date specifice pentru a susţine această ultimă teorie. J. Smith şi colaboratorii săi (1996) au demonstrat pe cale experimentală că şi copiii de 4 ani pot deprinde proceduri autohipnotice pentru controlarea durerii, dar acest lucru încă nu a fost încercat în cazul afecţiunilor cu crize epileptiforme.

Frankel şi Orne (1976) au descris un caz de „fobii şi epilepsie a lobului temporal" pe care l-au tratat la Beth Israel Deaconess Medical Center şi la Harvard Medical School. Boala se declanşase în urma unui episod traumatizant petrecut pe când pacientul avea 12 ani. Se afla singur într-o barcă ce se îndepărta de malul unui lac când a devenit foarte speriat şi dezorientat. La vremea aceea a fost diagnosticat cu *petit mal*. Temerile lui s-au generalizat la tot ce însemnă navigat, zbor cu avionul şi blocaj în trafic sau în tunele aglomerate. Crizele s-au înmulţit de-a lungul anilor şi au fost caracterizate de privit în gol şi sentimente de depersonalizare. Electroencefalograma a arătat „descărcări paroxismale ale lobului temporar stâng". Strategia de tratament „a fost bazată pe a-l face să-şi imagineze (sub hipnoză) că trăieşte situaţiile pe care le-a evitat. Fiecare situaţie a fost înfruntată şi stăpânită într-o şedinţă separată". Tacticile hipnoterapeutice folosite aici implicau abreacţia şi tehnici de desensibilizare comportamentală sistematică. Frankel şi Orne au remarcat: „După câteva luni el a raportat absenţa altor crize şi a senzaţiilor ciudate legate de stimuli vizuali".

Raginsky (1963) a emis ipoteza că „un pacient care suferă de epilepsie organică poate avea o convulsie declanşată sub hipnoză, dar, odată ce aceasta a început, ea nu poate fi încheiată prin hipnoză". John Watkins a confirmat această ipoteză într-un caz. Un pacient care, cu trei seri înainte, avusese o criză în timpul cinei, a reexperimentat atacul când a fost regresat hipnotic la acel moment. Semnătura EEG a crizei a fost înregistrată de un electroencefalograf.

Raginsky a relatat şi cazul unui pacient care avea între una şi patru crize epileptiforme zilnic şi care a fost complet vindecat în trei şedinţe de hipnoterapie a câte 45 de minute în timpul cărora singurul scop a fost „de a-l relaxa şi a-i crea cadrul pentru a se exprima fără teama de represalii". Pacientul nu a mai avut atacuri în cei 19 ani cât a fost monitorizat.

Kroger (1963) a reușit să elimine toate nevoile de medicamente ale unei femei de 32 de ani care suferea de crize *grand mal*. Suferea de această afecțiune, care implica două sau trei atacuri pe săptămână, de 25 de ani. Fără să-și detalieze procedurile, Kroger a afirmat că a învățat-o să devină „foarte pricepută în materie de autohipnoză și tehnici de imaginație senzorială". El a relatat că în același timp a avut loc și o schimbare izbitoare a personalității.

Poate cea mai bună alternativă la medicamente existentă la ora actuală în tratarea diverselor afecțiuni neurologice implică utilizarea hipnozei ca adjuvant pentru a facilita automodularea EEG de către pacient (Barabasz și Barabasz, 2000 ; Sterman, 2000). O inducție hipnotică alertă pentru a ușura focalizarea atenției, creată de Arreed Barabasz (1985 ; Barabasz și Barabasz, 1994a, 1994b, 1995, 1996 ; Barabasz, Crawford *et al.*, 1993), a început să fie testată în medii controlate, cu rezultate promițătoare până acum (Anderson *et al.*, 2000 ; Warner, Barabasz și Barabasz, 2000). Domeniul neuroterapiei se dezvoltă rapid. Descoperiri de primă linie, dincolo de sfera acestei cărți, apar în mod regulat în *Journal of Neurotherapy*.

Hipnoza în tratarea cancerului

Poate una dintre cele mai interesante intervenții hipnotice implică utilizarea ei în tratarea carcinoamelor. Așa cum am subliniat în introducerea acestui capitol, John Watkins a participat la întâlnirea din 1958 a Academy of Psychosomatic Medicine în timpul căreia a fost prezentată o lucrare de către un medic ce folosea hipnoza în tratarea carcinoamelor – nu a durerii, ci a cancerului. Doctorul respectiv nu a pretins că „vindecă", dar a relatat că pacienții săi au trăit mult mai mult decât era de așteptat în cazul tipurilor de cancer de care sufereau. Când a fost întrebat de ce, a replicat : „Am crescut rezistența gazdei".

În ciuda acestui raport, au trecut ani întregi în care medicii și cercetătorii s-au concentrat mai ales asupra efectelor secundare ale bolii : durere, anxietate, depresie, senzația lipsei de speranță și așa mai departe. În această privință, cea mai emoționantă poveste este cea a lui „David" de Gail Gardner (1976), acum un clasic al literaturii. Gardner, prin interacționarea ei sensibilă, i-a permis acestui băiețel de 12 ani să-și stăpânească temerile, să-și trăiască din

plin lunile care îi mai rămăseseră şi să moară cu demnitate. Lucrarea este „obligatorie" pentru orice terapeut care lucrează cu copii aflaţi pe moarte (vezi capitolul 17). Totuşi, hipnoza nu a fost recunoscută până de curând ca o parte importantă a unui tratament cuprinzător pentru cei care suferă de cancer.

Cercetări definitorii în domeniu au fost realizate de David Spiegel şi colegii săi de la Facultatea de Medicină a Stanford University. NIH a finanţat urmărirea timp de zece ani a 86 de pacienţi care sufereau de cancer. Cei care au fost instruiţi în domeniul autohipnozei şi au beneficiat de terapie de grup au avut cu 50% mai puţine dureri şi au supravieţuit cu un an şi jumătate mai mult decât pacienţii ce au primit îngrijiri medicale standard (Kogan, Biswas şi Spiegel, 1997; Spiegel, 1991, 1997; Spiegel şi Bloom, 1983).

Vizualizarea hipnotică şi tehnicile imaginative au fost descrise de Margolis (1982-1983), Rosenberg şi colaboratorii săi (1982-1983) ca tratând direct cancerul şi controlând efectele secundare ale terapiei pentru această maladie. Scopul hipnozei este de a mobiliza resursele fizice ale pacientului în lupta cu boala. Imagistica poate include vizualizarea cancerului într-o formă aleasă de bolnav. Afecţiunea poate fi percepută ca o masă neagră sau, simbolic, ca un castel care este atacat. Într-o manieră simbolică sau directă, cancerul va fi atacat de anticorpi puternici, iar pacientul „muşca din" boală, imaginându-şi că îmbucăturile sunt evacuate prin intermediul proceselor normale de eliminare. Pentru cei mai tineri sau pentru cei cărora le plac computerele în mod deosebit, doctorii poate vor dori să folosească imagini ce implică scrierea cuvântului *negru* pe ecran. Apoi le vor spune pacienţilor să-şi imagineze activarea comenzii sau folosirea funcţiei lor preferate de căutare pentru „a căuta, a găsi, a distruge (a şterge, a trimite în coşul de gunoi, a goli coşul de gunoi) celulele canceroase una câte una". Se pune accentul pe calm şi încredere (de exemplu, „Printr-o metodă la fel de simplă ca apăsarea unor taste, programul cancer care rulează în corpul tău este şters pentru totdeauna"). Doctorii pot întări golirea coşului de gunoi cu o halucinaţie auditivă cerându-le pacienţilor să audă sunetul pe care calculatorul lor îl face atunci când se face golirea coşului de gunoi.

O echipă de terapeuţi de la Newton Center for Clinical Hypnosis din Los Angeles s-a axat şi pe folosirea hipnozei în tratarea pacienţilor care sufereau de cancer de peste opt ani (Newton, 1982-1983), dar, încă o dată, condiţiile de control şi urmărire nu au fost tocmai ideale.

Doctorii au folosit hipnoza pentru a diminua simptomele care produc o incapacitate, cum ar fi durerea, greaţa, insomnia, pierderea apetitului, şi au raportat un succes substanţial în tratarea a 105 cazuri de-a lungul a cel puţin zece şedinţe de câte o oră, întinse pe durata a trei luni, spre deosebire 57 de cazuri care au fost „tratate inadecvat" conform acestor criterii.

La fel ca în povestea clasică „David" al lui Gardner, tratamentul a pus accent mai degrabă pe îmbunătăţirea „calităţii vieţii" decât pe inversarea procesului bolii, cu toate că aceasta din urmă avea loc într-un număr substanţial de cazuri. Au fost folosite metode de inducţie simple şi directe, orientate spre întărirea eului şi sporirea capacităţii de *coping*. În unele cazuri s-a folosit terapia hipnoanalitică intensă. Tehnicile de vizualizare au fost folosite, dar nu forţate sau impuse, iar confruntarea pacienţilor cu responsabilitatea pentru boala lor s-a descoperit că este contraproductivă.

Odată indusă hipnoza şi atins cel puţin un nivel moderat de profunzime hipnotică, vizualizarea şi imaginaţia care merg dincolo de adaptarea la procesul bolii, axându-se în schimb pe capacitatea corpului de a produce vindecarea din interior, s-ar putea desfăşura după cum urmează.

> Cu siguranţă ştii deja că trupul are capacitatea de a se vindeca, ai avut răni, tăieturi, arsuri şi alte vătămări de-a lungul vieţii tale, iar organismul tău a fost capabil să se vindece singur, nu-i aşa? Din când în când corpul tău îşi înlocuieşte complet toate celulele, de fapt practic toate celulele din corpul tău sunt înnoite şi schimbate pe o perioadă de câteva luni sau uneori câţiva ani.
>
> Corpul ştie cum să se regleze, cum să-şi regleze funcţionarea inimii şi aşa mai departe, trupul tău reglează felul în care funcţionează inima, îţi reglează respiraţia, îţi controlează tensiunea arterială şi temperatura, când ţi-e frig, corpul tău restricţionează fluxul sangvin către extremităţi astfel încât organele interne să rămână calde şi în siguranţă, iar când ţi-e foarte, foarte cald, corpul tău ştie cum să ducă sângele până la vârful degetelor de la mâini şi de la picioare şi până la suprafaţa pielii pentru a te ajuta să-ţi reglezi temperatura, prin intermediul mecanismelor cum ar fi transpiraţia, toate acestea se întâmplă automat pentru a-ţi menţine sănătatea, corpul tău ştie cum să se regleze singur. Îşi reglează chimia sângelui, îşi reglează hormonii şi toate sunt orientate spre funcţionarea sănătoasă a minţii şi trupului.
>
> Uimitor sau nu, corpul tău face aceasta fără nici un fel de efort special suplimentar sau o suprastimulare. Ani întregi, organismul

tău şi-a menţinut automat sistemul imunitar, gonind organismele care l-au invadat înainte ca ele să apuce să se instaleze. Corpul ştie cum să fabrice acele celule B şi T bune, celule ajutătoare şi supresoare pentru a construi anticorpi, pentru a construi acele leucocite. Acele leucocite sunt ca nişte cai albi puternici care galopează pentru a încercui virusurile şi bacteriile invadatoare. Trupul şi mintea ta au capacitatea de a lucra pentru sănătate, de a lucra pentru vindecare şi de a menţine astfel, încă o dată, o funcţionare sănătoasă.

Forţa vitală interioară este mare, iar celulele canceroase sunt slabe şi confuze. Normal, când sunt invadate de carcinogeni, celulele canceroase sunt distruse rapid de sistemul imunitar ; acum, dacă ele se reduc rapid, pot forma o tumoră, dar, după cum ştii, corpul tău are capacitatea de a cuceri acele celule, de a le încercui, de a le goni ; corpul este puternic, celulele canceroase sunt slabe şi confuze. Îţi poţi lăsa energia vitală să circule prin întregul corp pentru a-i spune sistemului tău imunitar să elibereze leucocite mai puternice şi mai eficiente, cai albi mai puternici care să poată galopa pentru a te proteja. Poţi chiar să te gândeşti la ei cum dau năvală în fluxul tău sangvin plini de energie, siguri de scopul lor de a încercui, a dizolva şi a distruge orice excrescenţă nesănătoasă pe care ar putea-o găsi. Şi, pe măsură ce te gândeşti la toate acestea şi ţi le imaginezi, fără îndoială că vei găsi şi alte imagini care să fie şi mai personale. Sigur că poţi de asemenea să mulţumeşti sistemului tău imunitar pentru că face o treabă minunată pentru tine în faţa unui inamic ori să îţi întrebi sistemul imunitar ce ai putea face pentru a-ţi grăbi vindecarea.

Sistemul imunitar e puternic şi se întăreşte, puternicii cai albi pot să galopeze, să încercuiască şi să înfrângă orice excrescenţă nesănătoasă, zona se poate vindeca, se poate vindeca pe deplin, iar apoi acei cai albi pot patrula în trap de voie prin tot corpul tău, cu iubire şi graţie, astfel încât tu să poţi vedea cum începi să revii la o sănătate ideală. Şi să te apreciezi şi să te iubeşti pentru că ai stat şi ai colaborat în felul acesta cu organismul tău, mintea şi trupul muncind pentru a te proteja.

Cu toate că este încă privită cu scepticism de anumiţi oncologi, eforturile substanţiale ale grupului lui David Spiegel de la Stanford au contribuit la diminuarea respingerii hipnozei în tratamentul cancerului. Unii hipnoterapeuţi au raportat remisii ale cancerului, în timp ce alţii au remarcat o stabilizare a bolii. Deşi ne îndoim că intervenţiile psihologice vor înlocui tratamentele chirurgicale, farmacologice şi radiologice obişnuite, încercarea de a mobiliza şi a îmbunătăţi rezistenţa fiziologică naturală la dezvoltarea neoplasmică sugerează încă o abordare potenţial valoroasă. Pentru că cercetările experimentale

controlate au demonstrat clar că modalitatea hipnozei poate să influenţeze şi să modifice multe procese fiziologice, cum ar fi procesarea culorilor la nivelul creierului (Kosslyn, Thompson, Constantine-Ferrando, Alpert şi Spiegel, 2000) şi sistemul imunitar (Ruzyla-Smith, Barabasz, Barabasz şi Warner, 1995), se pare că experimentarea ulterioară în acest domeniu este îndreptăţită.

Rezumat

Am străbătut un drum lung de când French Royal Commission, condusă de Benjamin Franklin, a declarat că vindecările realizate de Mesmer sunt o fraudă pentru că sunt produse de imaginaţie. Dat fiind că atât procesele fiziologice, cât şi cele psihologice interacţionează unele cu celelalte, putem conceptualiza majoritatea bolilor ca fiind „psihosomatice". Sub umbrela medicinei complementare, acest concept a fost, în sfârşit, recunoscut de NIH şi de structurile sanitare din Statele Unite al căror număr este în continuă creştere.

Prin intermediul efectului pe care îl are asupra percepţiei, a motivaţiei şi a proceselor ascunse, hipnoza poate ajuta la tratarea multor tulburări „fizice", dacă terapia este considerată o formă de a-i ajuta pe pacienţi să-şi mobilizeze capacităţile de recuperare. S-a descoperit că o gamă largă de afecţiuni sunt receptive la influenţa favorabilă a hipnozei, iar un număr tot mai mare de medici generalişti şi specialişti sunt interesaţi de posibilitatea de a include tehnicile hipnotice în arsenalul lor terapeutic. Se fac cercetări care vor testa şi vor dezvolta tratamente îmbunătăţite şi vor determina care dintre diversele boli răspund mai bine la intervenţiile hipnotice. Acceptarea medicinei complementare este esenţială pentru furnizarea celei mai bune îngrijiri pentru pacienţi şi deschide noi oportunităţi de lucru în spitale pentru psihologii pregătiţi în domeniul hipnozei.

CAPITOLUL 13

Interacțiunea minte-corp II: hipnoza în tratarea afecțiunilor dermatologice

> Doamna R.L., în vârstă de 44 de ani, a fost trimisă la noi cu neurodermatită acută în zona gâtului, incluzând partea superioară a pieptului şi spatelui. Pacienta nu a reacţionat la nici un medicament. A fost folosită hipnoanestezia „în mănuşă" pentru calmarea mâncărimii persistente. Au fost date indicaţii posthipnotice pentru ca pacienta să aibă senzaţia de încălzire şi răcire a zonelor problematice. Nici o clipă nu au fost date sugestii hipnotice directe pentru ameliorarea stării pielii. Neurodermatita apăruse imediat după ce fiica ei îşi anunţase logodna cu un tânăr de altă religie ; asta a supărat-o teribil pe doamna R.L. Fiica a fost trimisă la un psihiatru în încercarea de a amâna nunta ; ea a reuşit să-şi lămurească sentimentele faţă de tânăr şi în final a decis că nu ar fi bine să se mărite cu el. Neurodermatita mamei s-a ameliorat imediat. Totuşi, cât timp fiica ei făcea psihoterapie, hipnoza i-a permis doamnei R.L. să scape de mâncărimi, tensiunea nervoasă şi anxietate. Hipnoterapia a fost folosită ca o procedură ajutătoare. (Horan, 1950, p. 43)

Pielea noastră este un organ care exprimă foarte bine emoţiile. În faţa fricii, se poate albi. Furia o poate înroşi. Îmbujorarea din obraji arată ruşinea sau excitarea sexuală. „Plânsul" pielii poate funcţiona ca un înlocuitor al plânsului cu lacrimi. Supărările în relaţiile cu ceilalţi pot cauza crize de neurodermatită. Scărpinatul pentru îndepărtarea mâncărimii s-a dovedit că stimulează receptorii durerii. Se ştie că şi psoriazisul a apărut la unele soţii pline de resentimente ca o formă de a ţine la distanţă atenţia nedorită din partea soţilor lor. Folosim termeni ca *iritat*, *arzător*, *încins* şi *îl mănâncă pielea* pentru a descrie emoţii. Într-adevăr, pielea noastră reacţionează la stimulii emoţionali.

Bolile dermatologice sunt cauzate de numeroase lucruri, dar de cele mai multe ori sunt legate de bacterii, ciuperci, alergeni, stimuli externi, echilibrul biochimic intern al pielii şi stresul emoţional. Acest efect interactiv al factorilor fizici şi psihici în stimularea dermatitei a fost demonstrat clar pentru prima dată de Ikemi şi Nakagawa (1962). Când pacienţilor li s-a sugerat că trec pe lângă oţetari toxici, aceasta a provocat o erupţie pe piele foarte asemănătoare cu cea observată în urma contactului sau a apropierii reale de astfel de copaci. Majoritatea practicienilor recomandă ca, în cazul acestor tulburări, doctorii să combine tratamentul medical adecvat cu o formă de psihoterapie. Prin urmare, hipnoza ar trebui considerată un adjuvant în gestionarea complexă a bolii.

Pielea este bariera dintre organism şi mediul înconjurător şi foloseşte ca organ protector şi defensiv. Scott (1960) a raportat descoperirea faptului că hipnoza este eficientă în tratarea unei game largi de afecţiuni ale pielii, inclusiv pruritul, eczemele numulare, excoriaţiile nevrotice, negii şi mai ales cazurile de neurodermatită. El a remarcat că metoda poate obţine deseori rezultate permanente în cazul bolilor ce au cauze organice. Poate că în nici o altă problemă medicală generală hipnoza nu a produs rezultate atât de mulţumitoare ca în tratarea afecţiunilor dermatologice.

Pentru că pielea este un organ atât de expresiv, aici „semnificaţia" unui simptom devine deosebit de importantă dacă se doreşte îndepărtarea sau diminuarea lui. Fiind ambivalent, un veteran de război de vârstă mijlocie se prezenta alternativ la clinicile de dermatologie şi psihiatrie. Simptomele psihotice erau în sfârşit diminuate prin tehnica mai degrabă extremă a terapiei electroconvulsive, în urma căreia se manifesta dermatita severă. Atunci problema de natură dermatologică primea un tratament farmacologic agresiv la clinica de dermatologie şi, pe măsură ce derma îşi revenea, halucinaţiile reapăreau. Astfel de cazuri necesită psihoterapie mai profundă şi nu pot fi vindecate prin tratament simptomatic, hipnotic sau de alt tip. Dacă sunt disponibile fonduri doar pentru o terapie de scurtă durată, hipnoza poate atunci să fie folosită într-o terapie a stărilor eului cu abreacţia ca o cale de a ajunge la sursa conflictului ascuns (vezi *Hypnoanalytic Techniques* ; Watkins şi Watkins, 1997). Cu toate că unele cazuri de afecţiuni ale pielii au manifestat o ameliorare rapidă în urma folosirii hipnozei, se pare că este dezirabilă o reducere generală a severităţii lor, pas cu pas, prin sugestii distanţate. În unele cazuri poate fi

prudent chiar să îi laşi pacientului un simptom rezidual – o bucăţică de piele care nu se vindecă în întregime. Strădaniile de a înlătura prin hipnoză şi ultimele vestigii ale unei boli de piele psihogene pot avea ca rezultat o reactivare a întregii afecţiuni. Ameliorarea treptată prin hipnoterapie regulată are şi avantajul de a-i permite medicului să detecteze reacţiile adverse timpurii. Credem că este important de reţinut că, la declanşarea bolii, simptomul a avut o funcţie de protecţie pentru pacient. Dacă el este încă necesar, la un anumit nivel, pentru una sau mai multe stări ale eului acestuia, eliminarea lui completă va anula câştigurile terapiei.

Pruritul. Una dintre cele mai dificile probleme în cazul afecţiunilor dermatologice este senzaţia de mâncărime şi tendinţa compulsivă a pacientului de a scărpina zona afectată. Aceasta este o analiză comportamentală şi unul dintre primele aspecte în care hipnoza poate aduce o contribuţie semnificativă. Diverşi terapeuţi au descris o serie de abordări alternative.

Când scărpinatul este folosit de pacient în primul rând pentru a calma tensiunea emoţională, sugestiile de relaxare, menţinute posthipnotic, pot fi suficiente. Ocazional se poate sugera mutarea scărpinatului în alte zone ale corpului, cele care nu sunt afectate, lăsând leziunile să se vindece fără o excoriere continuă. La fel ca în tratarea durerii (vezi capitolul 9), la nivelul cel mai simplist pacientului, aflat sub hipnoză, i se spune că el ar putea foarte bine să fie conştient de mâncărime, dar că aceasta nu îl deranjează şi astfel „nu va exista nici o dorinţă de a o scărpina".

Mâncărimea poate fi calmată şi schimbând natura senzaţiei. Aşadar, unui pacient hipnotizat i s-ar putea cere să-şi imagineze că îi sunt puse comprese reci pe zonele afectate şi că senzaţia de rece va duce la o încetare a mâncărimii. Katalin Bloch-Szentagothai (comunicare personală către A.F.B., 2004) a sugerat imaginea unui duş pentru a coborî la un nivel confortabil temperatura pielii, lăsând o „piele plăcut răcorită". Jencks (1978) a propus controlarea mâncărimii cu ajutorul hipnozei prin folosirea sugestiei ca pacientul să-şi „imagineze că respiră prin intermediul zonei afectate, să se gândească la ideea de rece şi nemişcat atunci când inspiră şi la calm şi relaxare atunci când expiră". O altă imagine ajutătoare implică plutirea în ocean sau scufundarea într-o piscină cu apă rece cu ajutorul unui clopot. Încă o tehnică care am descoperit că este eficientă în calmarea mâncărimii unor pacienţi este în esenţă aceeaşi ca şi tehnica analgeziei „în mănuşă" folosită pentru controlul durerii (vezi capitolul 11).

Uneori mâncărimea are o caracteristică masturbatorie (Watkins, 1987, p. 260). În cazuri de urticarie (erupţie), prurit anal sau vulvar ea devine o formă de satisfacere a nevoilor erotice, în special când la baza ei se află modele fixe de vină prost adaptată. De obicei, în astfel de cazuri este indicată cercetarea istoricului sexual al pacientului şi a activităţii lui sexuale curente. Poate fi deosebit de valoroasă testarea repertoriului de fantezii sexuale al pacientului. În loc de a investi timpul şi energia necesare pentru a face aceasta prin intermediul asociaţiilor libere freudiene sau prin analiza viselor, care poate duce la o suprainterpretare, eu (A.F.B.) am descoperit că este util *Chestionarul de Autonotare* (Wilson, 1978). A fost creat pe baza cercetărilor lui Glen Wilson şi Rudie Lang la Institute of Psychiatry, University of London. Chestionarul le permite pacienţilor să-şi evalueze propria viaţă imaginară în comparaţie cu cea a unui eşantion de persoane rezonabil de normale. Datele obţinute pot fi incluse în hipnoterapie, dar pentru pacienţi funcţia chestionarului poate fi de a le oferi o remarcabilă eliberare de vina fanteziilor pe măsură ce află că fanteziile lor sunt tipice pentru majoritatea oamenilor, nu bizare şi demne de controlul pe care vina îl poate avea asupra vieţii cuiva. În cel puţin trei cazuri, mâncărimea a fost calmată complet în câteva ore de şedinţe, fără revenire sau necesitatea unei terapii extinse.

Abordările simplei mâncărimi organice relatate de Kroger şi Fezler (1976, p. 347) implicau transferul scărpinatului asupra unei păpuşi. Ei au descris un caz în care ciupirea pielii pe timpul nopţii a fost transferată la o jucărie cu care pacienta a fost determinată să doarmă. Aceasta a reprezentat un transfer al furiei dinspre sine spre un obiect exterior. Pacientei i s-a cerut şi să indice zona care doreşte să îi fie calmată şi să înlăture orice îndoieli că aşa se va întâmpla. Acesta este lucrul pe care îl favorizăm în hipnoză – adică a-l lăsa pe pacient să aleagă. Kroger şi Fezler au folosit şi răsucirea degetelor ca o activitate înlocuitoare pentru scărpinat. După ce acest substitut a fost bine stabilit, răsucitul a fost redus progresiv şi apoi eliminat prin hipnoză.

Substituirile directe, o formă de sublimare, pot fi folosite atât pentru scărpinat, cât şi pentru alte nevoi. Pictura, sculptura, lucrul cu unelte şi exerciţiile epuizante pot să distragă atenţia de la senzaţiile de mâncărime şi să asigure o activitate constructivă a mâinilor, astfel încât să inhibe autoexcorierea distructivă. Ar trebui cercetate posibilele interese ale pacientului pentru astfel de activităţi. Ele ar

trebui întărite prin sugestie hipnotică odată ce a fost stabilită o profunzime adecvată a transei. Considerăm aceste metode de distragere o simplă intervenţie provizorie ce poate fi folosită când este nevoie de timp pentru explorarea şi rezolvarea conflictelor ascunse ce ar putea fi implicate.

Într-un caz clasic de hipnoză în tratamentul psoriazisului, Kline (1954) a sugerat schimbarea senzaţiei în zonele afectate, mai întâi prin încălzire, apoi prin răcire, uşurare, apoi îngreunare, mărire, apoi micşorare şi aşa mai departe. Surprinzător, curând pielea s-a curăţat, cu toate că nu au fost oferite nici un fel de sugestii directe pentru ameliorarea ei. El a folosit o tehnică similară cu un succes major în tratarea neurodermatitei (Kline, 1953). S-ar putea presupune că terapia consta în „a-l învăţa" pe pacient să-şi controleze reacţiile pielii. Dacă apoi este motivat să asigure calmarea mâncărimii, el va putea să facă aceasta. A-l ajuta pe pacient să înveţe cum să „controleze" astfel de reacţii autonome se pare că este un factor important în eliminarea simptomelor. Erickson, Herschman şi Secter (1961) au folosit această tehnică în tratarea erupţiei (urticariei) unui copil. Micuţul a fost învăţat cum să o pornească şi să o oprească, în acelaşi fel în care funcţionează biofeedbackul.

Totuşi, pacienţii cu puternice nevoi masochiste nesatisfăcute din cauza interacţiunilor sexuale inhibate, stăpânite de vină (şi mulţi pacienţi cu probleme dermatologice exact asta au) s-ar putea să nu răspundă favorabil. Cei cu impulsuri autodistructive puternice ar trebui să le rezolve prin intermediul terapiei orientate spre *insight*. Din păcate, mulţi dintre aceşti oameni, care cel mai frecvent sunt femei, şi-ar putea satisface aceste nevoi implicându-se în relaţii cu parteneri geloşi, imaturi care le întăresc şi mai mult vinovăţia ascunsă. Nevoile de multe ori legitime, dar neîmplinite ale unei paciente devin şi mai frustrate pe măsură ce ea devine şi mai subjugată nevoilor neadaptate ale partenerului. Ocazional o pacientă poate manifesta ieşiri furioase care duc la sentimente de vinovăţie şi mai accentuate. Pe măsură ce ciclul se repetă, ea devine tot mai dependentă de partenerul ei până în punctul în care îi este foarte dificil să rupă relaţia care îi inhibă dezvoltarea personală. Adevăratele ei nevoi pot fi satisfăcute prin comportamente impulsive, ce pot deveni încercări secrete şi uneori disperate în situaţiile în care partenerul rigid şi obsedat de control reprezintă un caz patologic grav.

Vinovăţia ascunsă neadaptată (nu mai serveşte nevoile persoanei) are deseori calităţi infantile sau o istorie a calităţilor religioase stricte de bine şi rău absolut ce pot funcţiona ca un mecanism prin care femeia respinge potenţialii parteneri ce au maturitatea de a o accepta şi a o aprecia ca pe o persoană unică fără să simtă nevoia de a o controla. Cu alte cuvinte, tocmai persoanele care, cel mai probabil, pot să îi ofere o ocrotire sănătoasă şi necondiţionată şi să o ajute să-şi dezvolte încrederea în sine pentru a se adapta lumii în chip matur sunt respinse de o astfel de femeie cuprinsă de vinovăţie.

În ciuda unei perspective interioare ce se manifestă ambivalent, o astfel de pacientă nu poate accepta un asemenea partener matur pentru că la nivel conştient şi subconştient ea crede că nu merită, că „nu are ce căuta cu un asemenea om". Nevoile ei imediate de dependenţă par să fie satisfăcute de indivizi care le controlează în mod patologic, iar preconştient ea crede că nu merită mai mult sau îşi închipuie că „el se va schimba cu timpul". Desigur, toată această gândire copilărească poate pur şi simplu să devină un blocaj în calea dezvoltării ei. Ea repetă mereu aceleaşi comportamente riscante, romanţate şi copilăreşti.

J. Watkins şi H. Watkins (1997, p. 97) au descris cazul unei femei care s-a măritat cu opt alcoolici înainte să caute, în sfârşit, ajutorul unui hipnoterapeut al stărilor eului. Deja mare parte din viaţa sa trecuse, tinereţea şi energia ei cedaseră în faţa partenerilor dominatori patologic. Sigur, expresia patologică nu ar fi fost diferită, poate ar fi fost chiar mai gravă dacă s-ar fi căsătorit cu opt prohibiţionişti ai alcoolului care, în procesul de exercitare a controlului asupra ei, de exemplu, o făceau să se simtă vinovată pentru consumul responsabil de alcool în timpul interacţiunilor sociale. Evident că astfel de cazuri pot avea diverse expresii simptomatice de mâncărime care trec dincolo de domeniul dermatologiei.

Un organ expresiv. Pielea este organul cel mai arătat. Nu e de mirare că poate deveni uşor un mijloc de exprimare a impulsurilor exhibiţioniste. A fi remarcat (deşi nu şi admirat) este mai bine decât a fi ignorat. Pacienţii cu astfel de nevoi adolescentine şi le vor exprima deseori prin haine stridente sau neobişnuite, vorbitul tare sau alte comportamente care să atragă atenţia. Medicul sau terapeutul care suspectează existenţa unor astfel de motive ar face bine să cerceteze sentimentele de inferioritate şi lipsa din viaţa pacientului a unor recunoaşteri acceptabile înainte de a încerca să înlăture

defectele supărătoare ale pielii doar prin hipnoză. Activităţile înlocuitoare constructive, care îi permit pacientului să fie remarcat, acceptat şi lăudat de alţii, pot face multe pentru ca problemele pielii să nu mai fie necesare. Dacă nevoile de atenţie pot fi satisfăcute prin vreo reuşită sportivă, economică, artistică, şcolară sau creativă, atunci psihoterapia, cu sau fără hipnoză, are mult mai multe şanse de succes.

Negii. Una dintre primele metode dezvoltate pentru a evalua efectul posibil al hipnozei *per se* a fost direcţionarea sa mai întâi spre anumite zone vătămate, ignorându-le pe celelalte. Sinclair-Geben şi Chalmers (1959) au indus hipnoza şi au utilizat la 14 pacienţi sugestia că negii de pe o parte a corpului vor dispărea. La nouă din zece participanţi consideraţi hipnotizaţi negii de pe acea parte au dispărut complet în mai puţin de trei luni. Partea netratată a corpului nu a prezentat nici o schimbare. Această abordare îi permite practicianului să evalueze efectul pe care îl poate avea hipnoza în cazul unui anumit pacient, fără a încerca să înlăture toate simptomele deodată, în caz că există o nevoie ascunsă de ele.

În cel mai spectaculos exemplu al eficacităţii hipnozei înregistrat fotografic pentru prima dată, Mason (1952) a descoperit că direcţionarea sugestiilor, pe rând, spre câte o singură zonă a fost eficientă în tratarea unei ihtioze eritrodermice congenitale. Aproape fiecare centimetru pătrat al pielii pacientului era plin de negi şi arăta ca pielea de elefant. Pentru că afecţiunea era grotescă şi deranjantă din punct de vedere fizic, pacientul a fost programat pentru operaţie. Tânărul şi neexperimentatul doctor Mason urma să asiste. Văzând starea îngrozitoare în care se afla bolnavul, chirurgul a spus că e inoperabil. Mason, care participase recent la un workshop în domeniul hipnozei, a spus ceva de genul : „aş putea hipnotiza [pentru a-i aduce pielea la normal]". Chirurgul, neîncrezător, i-a spus atunci râzând : „Ei bine, dă-i drumul şi hipnotizează-l". Şi exact asta a făcut doctorul Mason, folosind o serie de sugestii hipnotice ţintite, direcţionate, pe rând, spre câte o parte a corpului pacientului. Rămâne interesant până astăzi faptul că pacientul a devenit complet nereceptiv la hipnoză tocmai când îi mai rămăsese doar un petic de piele cu negi pe gleznă. Se pare că simptomul slujea unei nevoi inconştiente şi deci nu putea renunţa la el.

Tehnica lui Barabasz împotriva negilor. Într-un caz mai puţin spectaculos, eu (A.F.B.) am văzut pe când mă aflam la Massachusetts General Hospital/Harvard Medical School, o fetiţă de 13 ani care

prezenta sute de negi pe tot gâtul. A obținut un cor aproape de limita maximă pe *Scala de Hipnozabilitate Clinică Stanford* pentru copii (Morgan și Hilgard, 1975) și părea să îi placă mai ales imaginea hipnotică a plutirii pe un nor. Așadar, după ce i-am determinat profunzimea hipnozei cerându-i „să-mi spună un număr, orice număr", iar ea a indicat numărul 10, am rugat-o să îmi spună când ajunge la o adâncime de 20 pur și simplu ridicând un deget de la o mână. După ce a ridicat degetul, am revenit la imaginea norului. Odată confirmat faptul că simțea că plutește pe un nor pufos, i-am explicat : „Ești îmbrăcată gros, cu un palton, mănuși și o minunată căciuliță pufoasă. Peste tot îți e cald și bine, dar gâtul normal, e complet expus aerului rece și, așa cum fac norii, uneori, norul tău continuă să se înalțe și, pe măsură ce se ridică, aerul, desigur, devine tot mai rece. Acum corpul tău e încălzit peste tot, dar gâtul devine foarte rece, foarte rece". Am întrebat-o dacă simte asta și, fără să i se spună ce să facă, a indicat răspunsul pur și simplu ridicând un deget, în loc să dea din cap. Am luat-o ca pe un „da", fără alte întrebări, și am continuat cu imaginea frigului. I-am cerut să-și relaxeze gândurile și să mă asculte și am spus : „Negii sunt gata să plece, dacă ești dispusă să îi lași să plece, doar lasă-i să dispară, unul câte unul, îi poți lăsa să se ducă. Ți-am arătat deja cum mintea ta poate să-ți controleze corpul, iar negii sunt gata să plece departe, îi poți lăsa sus, în aer, în timp ce tu cobori înapoi pe pământ. Îți vei simți pielea un pic mai rece în zona negilor, timp de o zi sau două, și, pe măsură ce răceala va dispărea, negii vor începe să dispară și ei". A fost programată pentru o nouă ședință peste doar două săptămâni. Am așteptat să văd rezultatele muncii noastre și m-am întrebat dacă hipnoza va fi eficientă. Pacienta și mama ei nu s-au prezentat la întâlnirea programată. Am sunat la ea acasă și mi-a răspuns mama ei. Am întrebat de ce au lipsit. Mama sa mi-a spus că nu au venit pentru că fata ei era „absolut speriată de moarte" de hipnoză. „Da, i-au plăcut norul și toate celelalte, dar, vedeți, negii au dispărut, a mai rămas doar unul mic pe ceafă." După alte discuții, am vorbit și cu fata la telefon, liniștind-o în privința reacțiilor. Recunoscând nivelul de confort al fiicei, mama a fost de acord să o mai aducă la o ședință.

La acea următoare întâlnire, am confirmat că negii de pe tot gâtul se estompaseră aproape complet și că mai rămăsese un singur neg pe ceafă. A fost întrebată dacă mai poate intra din nou sub

hipnoză, ea spunând că nu îi mai era frică, după ce a realizat că deține controlul. A fost hipnotizată încă o dată și acum am lăsat-o cu imaginea că singurul neg de care are nevoie este cel mic de pe ceafă și că îl poate păstra cât timp dorește, până când mintea și corpul ei sunt gata să îl lase să plece. „Acela e singurul neg pe care ai nevoie să îl păstrezi, ceilalți au plecat și nu se vor mai întoarce niciodată, poți păstra acel neg cât vrei, corpul și mintea ta vor ști când să îi dea drumul." Am continuat cu câteva sugestii de relaxare, diminuare a tensiunii și încredere calmă cu privire la capacitățile ei de a intra sub hipnoză și de a o controla întotdeauna. La acea vreme nu știam care era rolul negilor în viața pacientei. A devenit evident faptul că sora ei mai mică primea ceea ce fata mai mare considera că este, în esență, toată dragostea și atenția mamei sale și se pare că odată cu nașterea mezinei pacienta a simțit că nu prea mai contează în viața părinților. M-am întâlnit cu mama ei la terapie timp de două sau trei ședințe și am reușit să mă ocup în pripă de câteva dintre situațiile de acasă. Acest caz e o altă lecție despre faptul că nevoile subconștiente nu sunt satisfăcute atunci când înlăturarea simptomelor este singurul scop al terapiei.

Gândindu-mă la această pacientă, e posibil să îmi fi îmbunătățit și să îmi fi completat tratamentul folosind aparenta capacitate a copilului de a utiliza semnale ideomotorii cu degetele pentru a-i chestiona subconștientul cu privire la semnificația simptomelor și la importanța pe care o aveau pentru ea. De asemenea, e posibil să fi folosit semnale ideomotorii pentru a-i testa rezistența la îndepărtarea negilor prin gama largă de tehnici care fuseseră încercate până atunci, inclusiv înghețarea medicală și un număr de „tehnici sugestive" pe care părinții ei le încercaseră înainte de a apela la hipnoză.

Tehnica lui Watkins împotriva negilor. O fetiță de 9 ani pe care eu (J.G.W.) am tratat-o a folosit „tehnica degetului magic". Copilul a fost adus de mama sa în timpul unui workshop pe teme de hipnoză. Venise pentru tratarea negilor de pe mâna stângă. Degetul arătător i-a fost anesteziat prin mângâiere. I-am spus : „Dacă în fiecare zi îți vei atinge ușor negii de pe mâna stângă cu degetul magic amorțit, ei vor dispărea". În acest fel, ea a fost învățată să-și autoinducă amorțeala frecând degetul de mâna cealaltă și să o alunge strângându-l cu mâna. Deși cazul a implicat doar o ședință, mama ei mi-a relatat că negii, care existau de o bună bucată de vreme, au dispărut complet la scurt timp după tratament.

Tehnica lui Tasini şi Hackett împotriva negilor. Tasini şi Hackett (1977) au folosit o simplă inducţie hipnotică de relaxare pentru a obţine starea hipnotică şi i-au cerut copilului să-şi imagineze că face ceva care îl distrează. Au pus accentul pe respiraţia adâncă, îndelungată şi pe imaginarea dezvoltării relaxării cu fiecare expiraţie. De exemplu, i-au cerut copilului pur şi simplu să „îşi simtă mâna, să simtă că ea va începe să îl gâdile şi apoi va părea uşoară ca o pană, aşa că va începe să se ridice, dă-i drumul". Procedând astfel, ei au combinat simpla inducţie de relaxare cu o procedură de levitaţie a braţului pentru a determina un anumit nivel de profunzime hipnotică fără să întrebe, de fapt, despre asta. Au subliniat faptul că, pe măsură ce mâna se ridică, cel mic va începe să se simtă atât de bine şi relaxat. Copilului i se cere să mai lase mâna ridicată un pic şi apoi să îi permită să coboare. Pe măsură ce ea se lasă în jos, copilului i se cere să „continue să se simtă atât de bine şi relaxat", iar apoi i se spune că negii „vor părea atât de uscaţi şi se vor face maronii şi vor cădea. Negii nu te vor mai deranja". Tasini şi Hackett au relatat că au lucrat cu astfel de pacienţi timp de trei şedinţe.

Tehnica lui Ewin împotriva verucilor genitale (*condyloma acuminatum*). Dabney Ewin (1974), profesor de chirurgie şi psihiatrie la Tulane University tratează această afecţiune de zeci de ani. Dându-şi seama că locurile unde se află negii sunt puternic vascularizate, el a pus accentul pe opusul sugestiilor pe care le-am discutat mai sus. În cazul negilor penisului şi al celor vaginali (virusul papilloma uman sau HPV), el a sugerat că zonele afectate sunt calde şi produc o dilatare a vaselor sangvine pentru a creşte astfel cantitatea de sânge. El a specificat că în general foloseşte doar o transă uşoară şi îi spune pacientului : „Acum ne vom concentra pe asta şi vom menţine această căldură până când negii se vor vindeca şi pielea va redeveni normală din toate punctele de vedere. Poţi să uiţi de negi şi să îţi îndrepţi gândurile conştiente spre alte lucruri, pentru că procesele tale naturale de vindecare vor îndepărta negii fără să trebuiască să te mai preocupi de ei". Apoi Ewin explică : „Vasele tale de sânge se vor dilata pentru a aduce mai mulţi anticorpi şi leucocite care se vor lupta cu infecţia şi vor preveni cancerul în timp ce aduc mai multe proteine şi mai mult oxigen pentru a ajuta la construirea unui ţesut normal după dispariţia negilor". Semnalul ideomotor de ridicare a degetului arătător stâng este folosit pentru a determina dacă pacientul percepe senzaţia de căldură crescândă.

El a remarcat că după implantarea acestor sugestii hipnotice atenţia conştientă poate fi îndepărtată de la acea zonă şi că „motivaţia inconştientă" este în general mai puternică decât cea de care pacientul e perfect conştient. Procedând astfel, el îşi asumă responsabilitatea tratamentului în loc să-i transfere pacientului sarcina de a menţine această imagine prin vreun fel de procedură de autohipnoză.

Procedura de influenţare hipnotică a fluxului sangvin spre anumite zone este folosită de mulţi ani (vezi Barabasz, 1977, pp. 3-28 ; Barabasz şi McGeorge, 1978). Să recunoaştem că semnalizarea ideomotorie este o metodă convenabilă de comunicare cu o persoană aflată sub hipnoză, deşi Kihlstrom (comunicare personală către A. Barabasz, 2004) crede că în literatura de specialitate nu există absolut nimic care să sugereze că măsurătorile ideomotorii sunt mai bune decât cele verbale pentru accesarea implicită (inconştientă) a emoţiilor sau amintirilor. În schimb, Ewin (2004, comunicare personală ; vezi şi Ewin, 1990) a explicat că a descoperit că semnalizarea ideomotorie este o cheie în cazul câtorva pacienţi care au refuzat o intervenţie chirurgicală necesară până când nu le-a recadrat ceva ce „ei" credeau că au auzit pe când se aflau sub anestezie. Un altul a fost imobilizat timp de doi ani într-un scaun cu rotile de o durere constantă de spate în urma unei operaţii la coloană. După reconstruirea unei „amintiri" şi recadrarea ei cu ajutorul hipnozei, el a intrat într-un program de pregătire fizică şi s-a întors la lucru.

Nici unul dintre pacienţii lui Ewin nu a avut o amintire conştientă a celor auzite în timpul operaţiei, iar în transă nici unul nu a răspuns cererilor verbale de a reproduce cele auzite. Ei au venit cu materialul-cheie doar după reexaminări nonverbale ideomotorii. Ewin a recunoscut că scepticii vor spune că nu există nici o confirmare a faptului că ceea ce a fost recuperat este şi ceea ce s-a spus realmente în sala de operaţie, dar pacienţii şi-au dezvăluit gândurile lor (nu le-au fost implantate), iar evoluţia clinică s-a schimbat când ideea exprimată s-a modificat. Ewin a considerat un experiment clinic faptul că, atunci când se controlează, un pacient nu relatează nici o amintire conştientă şi nici o amintire în transă şi apoi, după reexaminări ideomotorii, acelaşi om vine cu o rememorare care îi schimbă viaţa. Anbar (2001) a folosit cu pacienţii săi un procesor de text computerizat şi a descoperit că răspunsurile obţinute prin tastare corespund celor pe care pacientul le oferă reacţionând cu „da", „nu", „nu ştiu" sau „nu vreau să răspund" prin mişcări ideomotorii ale degetelor.

Verucile genitale reprezintă o boală foarte contagioasă cu un număr de ramificaţii ce merg dincolo de simpli negi ai penisului, cea mai gravă fiind, în funcţie de tipul de HPV cu care este infectat pacientul, evoluţia spre cancer cervical. Tratamentele medicale curente pentru HPV constau în proceduri invazive ce includ cauterizarea, tăierea, îngheţarea sau aplicarea unor substanţe acide pe piele. Ţinând cont de rezistenţa multor pacienţi la aceste tratamente dureroase, inclusiv de nerespectarea tratamentului postoperator, hipnoza poate avea o contribuţie foarte importantă.

Singurul studiu existent care oferă controale experimentale pentru testarea hipnozei în comparaţie cu procedurile medicale standard a fost efectuat în două faze (Barabasz, Barabasz, Higley şi Christensen, în curs de apariţie). Prima etapă a avut loc la Massachusetts General Hospital şi la Harvard Medical School, în timp ce a doua etapă a fost efectuată la Washington State University. În faza de la Massachusetts General Hospital, şapte femei infectate cu HPV au fost tratate cu ajutorul hipnozei, iar rezultatele au fost comparate cu şapte dosare medicale ale unor paciente din spital în cazul cărora s-au folosit proceduri medicale standard. Una dintre femeile tratate prin hipnoză nu a manifestat nici o schimbare, pe când celelalte şase au manifestat o scădere a numărului de negi în medie cu peste două treimi şi o reducere cu aproape 90% a zonei de ţesut infectat. În a doua fază a studiului, efectuată la Washington State University, şase femei infectate cu HPV au fost tratate medical prin îngheţarea negilor sau cu pastile, în vreme ce şase paciente au fost supuse hipnozei. Tratamentele medicale de rutină au, în general, o rată medie de răspuns de 50-70%. În a doua fază a studiului, tratamentele medicale au produs o reducere cu 51% a numărului de negi şi o diminuare cu 72% a zonei de ţesut afectat. Pacientele hipnotizate au obţinut, în medie, o scădere cu 67% a numărului de negi şi o micşorare cu 67% a zonei de ţesut infectat. Cu toate că ambele tratamente au fost eficiente, analiza statistică nu a arătat nici o diferenţă între rezultatele obţinute în cazul grupului tratat medical şi cele dovedite de grupul tratat prin hipnoză. Pe baza acestor descoperiri, se pare că hipnoza ar trebui să devină tratamentul preferat pentru HPV, luând în considerare rata mare de renunţare şi nerespectare în cazul procedurilor medicale tipice. Hipnoza oferă o excelentă alternativă noninvazivă care, spre deosebire de majoritatea intervenţiilor standard, este fără riscuri şi pentru femeile însărcinate.

Sugestiile hipnotice ale lui Barabasz împotriva HPV. A. Barabasz (1984b; Barabasz *et al.*, în curs de apariţie; Russell, 2002) mai întâi stabileşte un nivel moderat de profunzime hipnotică şi apoi dă sugestii cum ar fi următoarele:

> Corpul tău are capacitatea de a învinge virusul care cauzează negii şi de a vindeca această infecţie. Concentrează-ţi atenţia asupra zonei implicate şi curând vei observa o senzaţie de căldură în regiunea care o înconjoară. Vasele tale sangvine se vor dilata pentru a aduce mai mulţi anticorpi şi mai multe leucocite; mai multe limfocite şi celule care omoară virusul în mod natural. Virusul va fi distrus total şi complet şi va fi eliminat. Mintea şi corpul tău sunt mai puternice decât virusul, corpul tău îl va anihila, iar acesta va dispărea pentru totdeauna. Apoi nivelele de proteine şi oxigen vor creşte pentru a ajuta la construirea unui ţesut nou, normal şi sănătos atunci când negii vor dispărea. Când vei simţi căldura tot mai mare, arătătorul tău drept se va ridica... bine... Acum mintea ta se va fixa pe senzaţia asta şi va menţine această căldură până când negii vor fi vindecaţi, iar pielea ta va deveni normală din toate punctele de vedere.

Tehnica lui Watkins împotriva erupţiei. Zeci de ani, practicienii (Bowers, 1976; Frankel, 1976) au folosit fantezia ghidată şi au indus halucinaţii pentru a influenţa reacţiile pielii. Unul dintre cazurile mele (J.G.W.) poate ilustra această abordare.

O asistentă în jur de 30 de ani a venit la hipnoterapie pentru tratarea neurodermatitei de care suferea de mai bine de opt ani. Deşi dermatologul ei era foarte sceptic cu privire la eficienţa hipnozei, a fost de acord să îi respecte dorinţa de a apela la acest tip de tratament. Afecţiunea femeii se agrava în special atunci când ea avea o controversă cu asistenta-şefă, pe care o dispreţuia.

Cu toate că existau dovezi solide cu privire la existenţa unui transfer afectiv conflictual legat de figura maternă, eu (J.G.W.) am hipnotizat-o şi am folosit următoarele fantezii halucinatorii: „Imaginează-ţi că faci o baie caldă în care a fost turnată o loţiune calmantă, vindecătoare. Simţi cum îţi calmează blând pielea iritată". I-am cerut să „vizualizeze şi să experimenteze această situaţie pentru câteva minute", iar apoi i-am spus: „Acum imaginează-ţi că ai ieşit din cadă şi că faci un scurt duş rece, cu efect tonifiant asupra pielii tale şi asupra întregului tău corp. Te face să te simţi foarte plină de viaţă". I-am cerut să alterneze de câteva ori între „baia caldă, liniştitoare" şi „duşul rapid, rece". Aceasta este o variantă a procedurii

lui Kline, dar e implementată mai degrabă prin imagini specifice decât pur şi simplu prin cuvintele *cald* şi *rece* şi aşa mai departe.

După ce a făcut baie şi duş de mai multe ori, i-am cerut să-şi vizualizeze imaginea folosind o tehnică de tip subiect-obiect :

> Uită-te la tine din cap până în picioare într-o oglindă care se află pe uşa băii. Observă că femeia de acolo arată exact ca tine ; are părul tău şi trăsăturile tale. Totuşi, pielea ei este roz şi curată. Nu există leziuni. Pe măsură ce te uiţi la ea, oglinda pare să se estompeze, iar ea apare ca o replică a ta cu care te afli faţă în faţă. Vrei să ai o piele curată şi trandafirie ca ei, aşa că te hotărăşti să i te alături. Te apropii de ea, te întorci şi te îndrepţi cu spatele spre locul pe care îl ocupa ea înainte, ca trupul tău şi al ei să coincidă. Capul tău şi al ei sunt unul şi acelaşi ; braţele şi picioarele tale sunt în acelaşi loc cu ale ei. Tu şi ea sunteţi una şi aceeaşi, acum te uiţi în jos la corpul tău şi vezi că pielea este trandafirie, sănătoasă şi fără leziuni. Te copleşeşte un sentiment de bucurie.

Aceleaşi vizualizări au fost folosite timp de şase săptămâni, de două ori pe săptămână. Dermatita a dispărut rapid.

Doi ani mai târziu, eu (J.G.W.) am fost acostat pe holul spitalului de un medic : „Ce i-ai făcut domnişoarei X ? ", a întrebat el. „I-am urmărit cazul mulţi ani. Pielea ei e acum curată şi a rămas aşa de ceva vreme." Destul de surprins, eu (J.G.W.) l-am întrebat : „Ce ţi-a spus că i-am făcut ? ". „Păi, a zis că i-ai spus să nu se mai scarpine." Ce i se poate spune în acest moment unui doctor care nu prea înţelege factorii psihologici ai bolii şi nu are nici o bază ştiinţifică în domeniul hipnozei ? Să-i descriu băile halucinate, transpunerile subiect-obiect şi aşa mai departe ? „Da", am răspuns, „i-am spus să nu se mai scarpine". A zâmbit, aparent satisfăcut de replica mea, şi şi-a continuat drumul pe hol.

Rezumat

Dat fiind că în momentul declanşării unei boli pacienţii dezvoltă simptome pentru a se proteja, trebuie întotdeauna să ţinem minte că eliminarea completă şi rapidă poate să producă reacţii adverse ori să anuleze câştigurile terapeutice. Pielea, în particular, este un organ deosebit de expresiv, astfel că sunt necesare precauţii suplimentare când hipnoza e focalizată doar la nivel simptomatic. De obicei bolile dermatologice sunt declanşate de stimuli biologici, însă trebuie să

fim mereu conştienţi că există o interacţiune între piele şi sistemul nervos automat. Problemele emoţionale nerezolvate şi stresul emoţional ascuns pot să iniţieze sau să exacerbeze procesul bolii. Intervenţiile hipnoterapeutice sunt gândite în funcţie de tipul personalităţii şi de specificul psihopatologic al afecţiunii date. Problemele emoţionale ar trebui tratate printr-o intervenţie terapeutică adecvată, cu sau fără hipnoză. Hipnoterapia poate să stea în centrul tratamentului psihoterapeutic ori să fie folosită strict ca tehnică ajutătoare. Eficienţa sporită a hipnozei în tratarea afecţiunilor dermatologice face ca această metodă să fie deosebit de mulţumitoare atât pentru pacient, cât şi pentru medic.

CAPITOLUL 14

Meditația şi hipnoza pentru sănătate

Hipnoza clasică şi meditaţia orientată spre focalizare se aseamănă în privinţa practicilor de atenţie şi concentrare folosite ce duc la stări modificate, a fenomenologiei acestor stări şi a neurofiziologiei asociate cu ele. Atât hipnoza, cât şi meditaţia încep cu încercări de a relaxa şi a concentra mintea prin focalizarea atenţiei. Instrucţiuni ce apar în texte vechi de 2.000 de ani sună aşa: „[Călugărul] se antrenează astfel: «Voi expira liniştind corpul» (lit. formaţiunea corporală)" (Nanamoli şi Bodhi, 1995, Sutta 118). Textele budiste înşiră multe ţinte (*kasinas*) pentru focalizarea atenţiei: discuri colorate, elemente din natură şi aşa mai departe (Nanamoli şi Bodhi, 1995, Sutta 77). Meditatorii de azi se concentrează cel mai adesea asupra respiraţiei. În hipnoză, focalizarea şi menţinerea atenţiei ar putea însemna fixarea unui punct, privirea unui pendul care se leagănă sau concentrarea asupra sugestiilor înseşi. (Dacă sugestia este că braţul devine tot mai uşor, atenţia este direcţionată spre interior asupra unei percepţii aproape subliminale a mişcării fizice.)

Acest proces folosit pentru a atinge starea a fost descris în literatura despre hipnoză ca neluarea în seamă a stimulilor concurenţi (Crawford, 1994, 2001) sau suprimarea gândurilor concurente (David şi Brown, 2002). În literatura despre meditaţie, Ayya Khema (1997) l-a descris ca renunţarea la gânduri şi percepţii (Holroyd, 2003, p. 109).

Articolul lui Jean Holroyd (2003): „The Science of Meditation and the State of Hypnosis" a analizat felul în care procedurile de concentrare a atenţiei folosite în hipnoză sunt asemănătoare, dacă nu chiar identice cu formele de meditaţie budiste, creştine, hinduse şi iudaice. Concentrarea atenţiei, caracteristică atât hipnozei, cât şi meditaţiei, produce modificări similare ale stării mentale (Cardena, în curs de apariţie; Venkatesh, Raju, Shivani, Tompkins şi Meti, 1997). Se pune accentul pe eliberarea de gânduri sau, aşa cum spun budiştii,

„exersarea atenţiei". Ideea este că practicarea concentrării focalizează atenţia şi o îndreaptă spre o experienţă calitativă a eliberării de gânduri. În meditaţie înveţi să observi senzaţiile, gândurile şi emoţiile care se schimbă rapid şi care pot fi descrise foarte amănunţit (Shear şi Jevning, 1999 ; Wallace, 1999). O formă de meditaţie care seamănă foarte mult cu hipnoza profundă este numită concentrare *samadhi*, ce produce stări de conştienţă modificate. Acestea, numite *absorbţii* (sau *jhanas*), sunt foarte similare celor corelate semnificativ cu stările de hipnoză (Telegen şi Atkinson, 1974). Pe măsură ce sunt practicate, absorbţiile devin mai profunde (Bucknell, 1993). Holroyd a subliniat că grija sau *sati* este menită să producă o privire în interior ori *vipassana*, prin observarea propriilor procese mentale şi stări de conştienţă modificate. Această meditaţie a fost folosită în programele de control al durerii pentru a diminua reacţiile la stimulii dureroşi.

Ainslie Meares (1982-1983) a descris o formă de meditaţie intensivă, caracterizată de simplitatea şi liniştirea puternică a minţii, şi nu de orientarea pacientului spre focalizarea pe conştientizarea crescute a proceselor cum ar fi respiraţia. Cu toate că meditaţia este acum recunoscută de Institutele Naţionale de Sănătate (NIH), în anii '60 aceasta nu se întâmplase încă. Recunoscând beneficiile intervenţiei, Meares era un pionier. A devenit atât de preocupat de efectele meditaţie ca o cale spre starea hipnotică, încât a fost expulzat de colegii medici din Australia şi a preferat să renunţe la dreptul de practică medicală decât să respingă meditaţia.

Meares (la fel ca în cazul meditaţiei budiste Zen) şi-a ajutat pacienţii „nu să încerce", ci mai degrabă să se lase să alunece fără efort într-o stare de conştienţă modificată. A afirmat că a obţinut succese considerabile cu anumiţi pacienţi.

Metoda Zen, îmbrăţişată de Meares, implică o lungă perioadă de stat în tăcere, aşezat sau cu faţa spre un spaţiu gol, până când mintea „se goleşte". Ideea este să practici poziţia aşezat până în momentul în care „conştienţa pură" preia controlul, chiar dacă trebuie să exersezi zeci de ani pentru a ajunge în acel punct. Curios, această abordare, precum şi multe alte metode de meditaţie, includ elemente-cheie ale restricţionării stimulării ambientale (REST). S-a demonstrat că plutirea REST, în timpul căreia, aproape o oră, individul pluteşte fără efort pe spate într-o soluţie cu 20% sare Epsom, încălzită la temperatura corpului, într-o incintă neluminată şi izolată fonic,

serveşte drept abordare de tipul inducţiei hipnotice fără o inducţie formală (Barabasz, 1993). S-a arătat că închiderea într-o cameră REST, ce constă în şase ore petrecute pe un pat într-o încăpere bine luminată, izolată fonic, unde indivizii poartă ochelari Ganzfeld, creşte hipnotizabilitatea (Barabasz, 1982).

O altă abordare meditativă este mantra. Aceasta include repetarea de mii şi mii de ori a unor sunete şi imagini. Cel care meditează capătă „energii" considerate a fi dincolo de procesele sau funcţiile senzoriale normale ale minţii.

Meditaţia taoistă

Spre deosebire de abordările Zen, metoda taoistă este cea mai preocupată de sănătate fizică şi deci e cea pe care o vom discuta aici. Eu (A.F.B.) am descoperit că o procedură de tip taoist oferă o metodă alternativă de inducţie care îi facilitează pacientului un nou sentiment de autocontrol fără să mai fie nevoie de nimic altceva în afara unui nivel de profunzime hipnotică uşor până la moderat. Inducţia bazată pe Orbita Microcosmică pe care o vom ilustra aici este o metodă structurată de autohipnoză pentru pacienţii care nu răspund bine la metodele analizate anterior în această carte.

În loc să încerce să creeze impresia absenţei oricăror gânduri, cel care practică Tao se concentrează asupra circulaţiei energiei numite *chi* de-a lungul anumitor căi din interiorul corpului. Se consideră că astfel de rute pot fi deschise pentru a direcţiona energia *chi* (cunoscut şi sub numele *prana* ; în India, putere *Kundalini*) spre centre tot mai înalte numite *chakre*. Institutele Naţionale de Sănătate din Statele Unite au trecut meditaţia pe scurta lor listă de intervenţii din medicina alternativă benefice pentru sănătate. Practica circulaţiei *chi* există de mii de ani în Tibet, anumite părţi ale Indiei şi China, unde s-au raportat ameliorări extraordinare ale sănătăţii şi longevităţii datorate focalizării mai degrabă pe prevenirea bolilor şi întărirea sistemului imunitar decât pe tratarea afecţiunilor după apariţia acestora (Chia, 1983, pp. 103-110). Întinerirea taoistă folosind puterea interioară a energiei *chi* a apărut pentru prima dată în textul Împăratului Galben despre medicina internă.

Conceptul de *chi* se referă la forţa vitala primordială. Scrieri străvechi subliniază faptul că energia *chi* se naşte odată cu fertilizarea

unui ovul de către un spermatozoid, iar din această fuziune originară, desigur, se dezvoltă o ființă umană foarte complexă. Se consideră că energia pătrunde în fetusul uman prin buric. Ea circulă pe ceea ce este cunoscută drept „Orbita Microcosmică", numită uneori şi „Ciclul Divin". Este un flux continuu de energie despre care se spune că implică toate țesuturile, funcțiile cerebrale şi organele. Se crede şi că aceasta este cheia spre conectarea oamenilor cu mediul lor înconjurător.

Cercetătorii din vechime au recunoscut că fetusul uman din uter creşte până aproape de buricul mamei şi, prin cordonul ombilical, primeşte tot timpul nutrienți în schimbul produselor reziduale, într-un fel respirând prin cordonul ombilical, în propriul buric, în jos spre perineu şi în sus prin cap, apoi în jos pe gură (despre care s-a descoperit mai târziu că include şi limba), pentru a reîncepe de la buric. Aşadar, taoiştii cred că ciclul acestui *chi* începe şi se termină la buric, nu doar în cazul copilului, ci şi al adultului.

Într-un fel putem teoretiza meditația taoistă drept o întinerire a forței vitale umane printr-o formă de regresie, în care omul se concentrează asupra aproximării unei reîntoarceri la sinele primordial. Numeroasele lucrări publicate de Meares pe tema hipnozei explică meditația ca o revenire la nivelele preverbale. Evident că, odată scoşi din pântecul sigur, cald, liniştitor şi îmbelşugat al mamei, minunatul nostru echilibru, care era atât de hrănitor, ne-a fost luat. Conform taoismului, din momentul în care nou-născutul vine pe lume, pe măsură ce creşte, energia vitală începe să se aşeze în părțile *yang*, fierbinți, din spatele corpului şi în cele *yin*, reci, din partea frontală. Astfel, ceea ce cândva a fost un amestec cald, echilibrat devine inegal pe măsură ce energia fierbinte yang se ridică spre partea de sus a trupului, inclusiv în ficat, plămâni, inimă şi creier, iar energia rece yin se instalează în picioare, organele genitale, rinichi şi partea de jos a stomacului. Se consideră că, dacă nu practicăm taoismul pentru a menține căile energetice deschise, dezvoltăm încet, dar sigur boli premature, dezechilibre şi semne clasice ale îmbătrânirii.

Când rutele energetice sunt menținute deschise, se crede că ele aduc putere vitală la organele noastre interne şi le permit să funcționeze. Dar fără efortul de a avea un stil de viață sănătos şi de a menține canalele deschise prin intermediul meditației taoiste, se consideră că ele se blochează, atât din cauza tensiunii mentale, cât şi a celei fizice, toate fiind legate între ele drept cauză primară a

slăbiciunii, sănătăţii proaste şi oboselii. Remarcabila circulaţie energetică de care se bucură fetusul ne poartă prin anii tinereţii. Până aproape de 20 de ani, corpul are de obicei destulă energie pentru a-şi menţine funcţiile majore ale sănătăţii deoarece are suficiente resurse pentru a-şi păstra căile mai puţin obstrucţionate.

În mod remarcabil, 1% dintre adulţi au reuşit, cel mai probabil datorită structurii genetice, să-şi menţină canalele (*nadis*) mai puţin obstrucţionate. Medicina occidentală arată că, în ciuda îmbătrânirii la nivelul aspectului fizic (un semn de înţelepciune în culturile nonvestice), sistemul lor endocrin poate rivaliza cu cel al unei persoane de 20 de ani. Încă sunt disponibile puţine date din inventarele de personalitate, dar experienţa clinică indică faptul că astfel de indivizi par să fie caracterizaţi, la nivel universal, de o inteligenţă peste medie, creativitate, deschidere spre idei noi şi flexibilitate în gândire. Deseori ei se află în căutare de aventuri la fel ca adolescenţii, deşi au judecata matură a unui adult experimentat. În vechile scrieri chineze se face aluzie la faptul că asocierea oamenilor în vârstă cu tinerii care practică taoismul creşte foarte mult energia vitală a ambelor persoane atunci când ea este produsă de această formă de meditaţie pe măsură ce curge prin corpuri. Chang (1977) a remarcat că vechii maeştri au întocmit o lungă listă de factori, atât psihologici, cât şi sexuali, care fac ca un bărbat matur sănătos (cu 25-35 de ani mai în vârstă) şi o femeie mai tânără să fie o „combinaţie superbă". Cu excepţia ţărănimii, aranjamentul rămâne o normă în părţi ale lumii care păstrează această tradiţie.

Exersarea Orbitei Microcosmice este menită să redeştepte puterea de vindecare nedivizată şi echilibrată care, cândva, înaintea naşterii şi a copilăriei, era un dat al fiinţei noaste. Acest lucru este obţinut prin armonizarea energiilor yin şi yang. Practica taoistă se concentrează asupra primelor două canale energetice primare, despre care se crede că furnizează cel mai puternic curent. Canalul „Funcţional" porneşte din zona perineului. Se consideră că el urcă apoi pe lângă organele sexuale, prin stomac, inimă şi gât. Celălalt canal este numit „Guvernatorul" şi începe în acelaşi loc, dar urcă din perineu în coccis, apoi mai sus, prin coloana vertebrală, în creier şi coboară înapoi prin cerul gurii, unde se crede că limba funcţionează ca un fel de comutator care conectează aceste două curente atunci când atinge cerul gurii. Se spune că ciclul energiei merge în cerc, urcând prin coloana vertebrală şi coborând prin partea din faţă a corpului.

Când energia se scurge în buclă în interiorul corpului, prin aceste două canale, se creează Orbita Microcosmică. Acupunctura şi acupresiunea, amândouă recunoscute acum de medicina alternativă occidentală, se centrează pe eliminarea blocajelor apărute în calea acestei bucle energetice pentru a ajuta la vindecarea şi corectarea disfuncţionalităţilor. Dar, încă o dată, această formă ţine mai mult de abordarea specifică medicinei occidentale, fiind explorată şi folosită după declanşarea bolii, în loc să menţină şi să deschidă canalele pentru a preveni apariţia afecţiunilor.

Înlăturarea blocajelor care opresc curgerea energiei *chi* pe căile naturale este numită „deschiderea canalelor". Se consideră că piedicile sunt cauzate de tensiunea emoţională, stresul mental sau vreo formă de impediment fizic. Ideea este că, atunci când forţele naturale sunt atrase pentru a ajuta corpul să se cureţe de asemenea blocaje, este restabilit fluxul energetic natural, iar puterea de vindecare este atunci disponibilă aşa cum se întâmpla când organismul era mai tânăr. Taoiştii mai cred că toate aceste rute energetice din corp îşi au originea într-un fel pe echilibrul mai general al forţelor naturii, ceea ce probabil explică de ce ei sunt cunoscuţi de secole drept susţinători ai mediului, având respect pentru toate fiinţele vii, atât plante, cât şi animale.

Odată ce canalele sunt conectate şi eliberate, forţa şi energia se scurg într-un circuit, unind organele vitale ale corpului în această Orbită Microcosmică înconjurând trunchiul şi capul. Prin deschiderea căilor principale, cea mai mare rezervă posibilă de *chi* cald se poate scurge în fiecare organ pentru a aduce sănătate şi vitalitate. Taoiştii cred că întregul proces de armonizare între yin şi yang, echilibrând aspectele fizice, mentale şi emoţionale, poate avea loc automat, odată ce blocajele au fost îndepărtate.

Intervenţia hipnotică evidentă care decurge din această practică merge pe linia sugerării hipnotice a faptului că organismul a ştiut dintotdeauna cum să se vindece singur. Sugestia hipnotică poate fi următoarea : „Ştii că trupul tău s-a vindecat singur în urma tăieturilor, zgârieturilor, arsurilor şi fracturilor, ştie cum să o facă". Menţinerea canalelor (*nadis*) deschise folosind abordarea taoistă oferă o procedură de inducţie care poate fi acceptabilă în special pentru cei noi în domeniul hipnozei, dar interesaţi de beneficiile meditaţiei. Le oferă o cale celor care, altfel, sunt închişi la minte când vine vorba de hipnoză. Terapeutul poate ajuta persoana să „lase fluxul cald de *chi* să cureţe orice blocaje care ar putea fi acolo, să maseze şi să hrănească organele interne şi să însănătoşească ţesuturile vătămate şi solicitate. Bolile îngrozitoare pot fi prevenite, iar efectele anxietăţii, stresului şi tensiunii sunt eliminate din sistem". Pentru că în practicarea medicinei occidentale se pune accentul pe boli doar după declanşarea lor, mulţi dintre noi trebuie încă să îşi recunoască capacitatea înnăscută de a se vindeca singuri şi de a preveni afecţiunile pur şi simplu folosind energiile pe care le putem ajuta să se conecteze.

Iată un exemplu de inducţie hipnotică, având la bază meditaţia Orbitei Microcosmice, pe care eu (A.F.B.) am folosit-o pe un voluntar. Pentru o mai mare eficacitate, terapeutul trebuie să adapteze inducţia la răspunsul individual şi idiosincraziile pacientului. Sugestii hipnotice specifice orientate spre nevoile pacienţilor tăi pot fi inserate, după caz, în momente alese de tine.

> Încearcă să fii cât poţi de calm. Lasă-ţi corpul să se cufunde pe [canapea], te relaxezi... te relaxezi... [pauză]. Văd că ochii deja ţi se închid. Dacă eşti gata [pacientul aprobă uşor din cap], putem începe să ne concentrăm asupra a ceea ce noi numim „primul centru energetic". De obicei acesta este buricul. Pe măsură ce îţi laşi corpul să se calmeze, cât de mult poţi, vezi dacă te poţi concentra asupra buricului tău, lasă-ţi mintea să ajungă direct la buric [pauză]. Te concentrezi asupra buricului... te concentrezi... în timp ce continui să te concentrezi, vei descoperi că îţi este tot mai uşor să te focalizezi pe buricul tău.
>
> Continuă să rămâi relaxat şi concentrat, aşa cum eşti acum, dar vezi dacă îţi poţi coborî focalizarea la trei centimetri sub piele, în interiorul tău, lasă-ţi mintea să se concentreze chiar acolo [pauză]. Când începi să simţi ceva un pic diferit, doar ridică un deget de la mâna asta [terapeutul îi atinge mâna dreaptă, care este plasată deja în practica budistă deasupra mâinii stângi]. Concentrează-ţi energia sub buric, cufundându-te mereu mai adânc în hipnoză, iar corpul tău devine mai calm, tot mai calm. Întreaga ta concentrare acolo, în interiorul corpului tău, la trei centimetri şi jumătate sub buric. Pe măsură ce începi să te concentrezi şi mai mult acolo, lasă-ţi mintea să pătrundă şi mai adânc [când observă o reacţie potrivită] şi ai ajuns [pauză].
>
> În regulă, acum ia mâna asta [terapeutul îi atinge mâna dreaptă] şi pune-ţi degetul mare pe buric. În timp ce rămâi profund hipnotizat şi te simţi confortabil, răsfiră-ţi degetele în afară şi în jos. Observă unde se află degetul tău mic. Când remarci unde este aşezat degetul tău mic, apasă puţin acolo cu degetul. Vezi dacă îţi poţi deplasa concentrarea spre acel loc. Acela este următorul punct energetic. Întocmai cum ai făcut la buric, îndreaptă-ţi toată mintea acolo.

Lasă-ţi mintea să ajungă acolo şi, exact la fel ca înainte, las-o să ajungă în interiorul corpului tău, la aproximativ trei centimetri, în interiorul corpului tău. Concentrează-te... şi, din nou, aşa cum ai făcut la buric, s-ar putea să începi să simţi ceva. Când simţi, ridică un deget pentru a-mi arăta asta. Aminteşte-ţi, este o trăire pe care doar tu o poţi avea ; astfel de senzaţii sunt diferite pentru fiecare [pauză]. Focalizezi... te concentrezi... focalizezi. Mintea ta coboară din cap şi e în interiorul corpului tău. Focalizezi şi te concentrezi. Bine [când se observă semnalul ideomotor al ridicării degetului].

Vezi dacă poţi lăsa energia să ajungă direct la perineu, ca şi cum l-ai atinge, fără să faci realmente asta. Încearcă să te concentrezi acolo, ca şi cum ţi-ai apăsa perineul... Bine... Continuă cu mintea concentrată asupra perineului şi, ca şi cum ai apăsa, concentrându-ţi mereu la fel de grijuliu energia acolo [pauză]. Încordează-ţi muşchii, încordează, menţine şi acum relaxează. În această etapă anume ai putea să-ţi simţi energia ieşind chiar prin canalul din faţă al corpului tău, chiar prin perineul tău. Ţine mintea acolo, focalizându-se şi concentrându-se. Încordează din nou. Observă orice simţi... energia e chiar acolo, la perineu [pauză].

Şi acum, dacă eşti gata, la fel ca înainte, folosindu-ţi concentrarea, poţi direcţiona energia spre următorul centru energetic. Concentrându-te, plăcut hipnotizat [pauză], calm. Poţi începe să-ţi deplasezi punctul focal în sus, spre al patrulea centru energetic, noada ta, care se află la baza coloanei vertebrale [semnalul ideomotor al degetului o confirmă]. Lasă-ţi energia să urce încet de la perineu spre noada ta, care se mai numeşte şi coccis. Acest punct este foarte important pentru că aici forţa revine în corpul tău, dar se poate şi pierde. Când puterea generativă se întoarce, ea trece prin acest canal şi în coloană, iar apoi drept spre creier. Se spune că aici curentul cald intră în sistemul nervos central. Acum, că te concentrezi de ceva vreme, s-ar putea să simţi o senzaţie de presiune sau poate de căldură ridicându-se în coccis. Pe măsură ce se ridică, urcă în coloana ta vertebrală [pauză]. Lasă-te să te cufunzi tot mai adânc în hipnoză. Spune-mi dacă simţi... Bine [de obicei pacienţii ridică un deget de la mâna dreaptă pentru a indica recunoaşterea senzaţiei].

Acum, că ai simţit căldura energiei tale mângâindu-ţi coloana, dacă eşti gata, vezi dacă îţi poţi deplasa concentrarea spre acea curbă de la baza coloanei – zona lombară – în timp ce rămâi profund hipnotizat şi relaxat. S-ar putea să observi că este exact opusul buricului, dar în spate, în coloana ta vertebrală, în mijlocul zonei tale lombare. Aceasta este un fel de valvă de siguranţă foarte specială. Permite disiparea excesului de energie rece. Lasă-ţi concentrarea să ajungă acolo, pe măsură ce te cufunzi tot mai adânc în hipnoză. Mintea ta este acolo, conştientă de această energie. Poţi merge mai

adânc, dacă vrei, într-o stare hipnotică plăcută, mai adânc. Însă poți mereu să mă auzi clar și distinct, indiferent cât de adânc te duci. Bine.

În timp ce rămâi plăcut și adânc hipnotizat, lasă-ți concentrarea să-ți deplaseze energia *chi* și mai sus. Acesta este centrul opus abdomenului, glandelor suprarenale, opus plexului solar, se află pe coloana ta vertebrală, opus abdomenului, pe spatele tău. Lasă-ți toată focalizarea, toată concentrarea să fie acolo, du-ți mintea acolo [pauză]. Simte căldura energiei corpului tău. [Următoarele ar trebui spuse când se observă ceea ce este de obicei o mică mișcare a corpului.] Pe măsură ce o simți, anumite părți ale corpului tău s-ar putea mișca puțin ... și tocmai au făcut-o. Mergând mai adânc acum, s-ar putea să observi că buzele ți se deschid puțin pe măsură ce te adâncești tot mai mult în hipnoză [pauză]. S-ar putea să ai o creștere a salivației ; înghite normal, este doar alt semn pozitiv al adâncirii în hipnoză pe măsură ce îți concentrezi energia în punctul dintre glandele suprarenale [urmărește astfel de semne] [pauză].

În timp ce continui să îmi asculți vocea și să rămâi profund hipnotizat și relaxat, vezi dacă îți poți deplasa concentrarea spre următorul centru energetic, mai sus... ridic-o ușor... controleaz-o... focalizat și concentrat, deplasezi energia, urci ușor spre al șaptelea centru energetic... ceafa, cerebelul tău. Voi atinge acel punct ca să poți vedea exact unde e. Aici creierul tău controlează respirația, bătăile inimii și alte funcții care sunt asociate cu sistemul nervos autonom. Pe măsură ce energia ta *chi* urcă pe spatele tău în acest punct, multe schimbări ar putea avea loc... s-ar putea să observi diferite tipare de respirație. Când ajungi la acest centru energetic, dacă simți vreun disconfort sau vreo durere în partea de sus a spatelui, este o foarte bună ocazie de a-ți lăsa energia să se răspândească în acea zonă... lasă energia să calmeze disconfortul pentru a face acele senzații confortabile... S-ar putea să observi deja cât de diferit simți acele zone acum... foarte diferite de cum erau înainte [pauză].

Când ești gata, să încercăm să-ți deplasăm concentrarea spre al optulea centru, chiar în creștetul capului tău [zona canalului, vertexul] [pauză]. Acum îți voi atinge creștetul capului astfel încât să știi exact unde este... concentreaz-o acolo doar pentru o clipă... concentreaz-o acolo. Energia *chi*, chiar în creștetul capului tău, concentrându-ți toată puterea... energia... toată complet sub control, focalizată și concentrată în creștetul capului tău. Energia necesară pentru a-ți concentra atenția! Energia necesară pentru a te vindeca!

Acum, poți merge tot mai adânc în hipnoză pe măsură ce îți lași energia și focalizarea să se scurgă spre punctul dintre sprâncenele tale. Acest punct este glanda de control endocrin principal, care reglează creșterea și așa mai departe. Conform tao, ea este leagănul iubirii, compasiunii, cunoașterii, personalității, dragostei de oameni

şi devotamentului. Toate acestea, plus inteligenţa, memoria, citirea, gândirea, studiul şi gândirea conceptuală abstractă.

Acest punct al glandei pituitare – şi pineale – este foarte important pentru deschiderea şi completarea canalelor. În timp ce îşi concentrează fluxurile de energie prin el, unii oameni se bucură de un miros plăcut pe măsură ce glandele hormonale duc impurităţile afară din corp. Dacă simţi o uşoară presiune acolo, ea este cauzată de uşoara rezistenţa la fluxul de energie normal şi purificator. Senzaţia de presiune va dispărea treptat şi tu poţi duce energia mai departe.

Când eşti gata, încearcă să reîntorci energia în jos, la canalul din faţă, focalizându-ţi mintea pe revenirea energiei. Concentrându-te pe reîntoarcerea energiei în canalul din faţă. ... Folosindu-ţi nivelul actual de hipnoză profundă, poţi controla uşor energia pentru a conecta acum canalele energetice yang din spate şi yin din faţă. Felul în care uneşti acele două canale este presându-ţi uşor cerul gurii cu limba. ... [Uneori oamenilor le e greu să facă asta. Dacă pacientul este neexperimentat, spune : „Dacă îţi e greu sau incomod să faci asta, poţi începe prin a-ţi pune limba în spatele dinţilor, dar, dacă te simţi confortabil şi eşti pregătit, cea mai eficientă cale este de a apăsa cu limba mijlocul cerului gurii."] Acesta este un pas foarte important pentru că nu vrem să lăsăm toată energia să rămână în capul tău. Doar apasă cu limba acolo şi energia ta chi va începe imediat să coboare... în jos, în faţă, spre canalul rece yin [pauză]. Stai acolo cu limba apăsând uşor cerul gurii [sau spatele dinţilor]. Focalizându-te şi concentrându-te... focalizându-ţi mintea pe reîntoarcerea energiei în canalul din faţă... continuă să faci asta până când simţi că energia este eliberată în jos şi apoi dă drumul limbii... limba ta revine la normal cu eliberarea energiei pe gât. La acest nivel unim energia caldă yang din spatele tău şi energia rece yin din canalul din faţă. În timp ce se întâmplă asta, mulţi oameni observă o eliberare a stresului. Poţi remarca faptul că devii şi mai calm şi mai capabil să te concentrezi uşor. Toate centrele energetice sunt legate între ele.

Centrul inimii este centrul-cheie. Acest punct esenţial revitalizează dragostea şi bucuria. De obicei este uşor să te concentrezi asupra lui şi să-ţi duci mintea acolo. Deoarece concentrarea acolo este plăcută în timp ce rezervele de energie sunt eliberate, eşti tentat să rămâi prea mult. Statul acolo prea mult va face ca energia să fi resorbită în ţesuturile din jurul inimii. Aşadar, de îndată ce simţi căldura poţi să îmi spui asta mişcând un deget [la observarea semnalului ideomotor]. Bine.

Acum, deasupra buricului tău se află abdomenul tău. Este momentul să-ţi laşi energia să meargă acolo... mintea ta să meargă acolo... Acest punct este locul multor centre energetice [foloseşte cuvântul *chakre* pentru cei familiarizaţi cu Orbita Microcosmică]. Prin circularea

energiei în acest fel, deschizi canalele spre bunăstare, autovindecare şi sănătate. Poţi obţine asta practicând această formă specială de autohipnoză. Îţi poţi deschide canalele. Cele care s-au blocat pot fi eliberate. Deschizi canalele sub autohipnoză lăsând energia să se scurgă prin corpul tău pe această Orbită Microcosmică.

În final, când începi să-ţi urci energia pe spate, vei observa că poţi simţi fiecare vertebră a coloanei tale vertebrale, una după cealaltă, pe măsură ce energia urcă pe spatele tău. Doar să te asiguri că faci pauze... atât cât ai nevoie. Lasă-ţi mintea liberă! Simte chi-ul pe măsură ce mergi spre fiecare punct ... începând de jos, de la buric.

Când îţi urci energia spre ceafă şi creştetul capului, aminteşte-ţi întotdeauna să-ţi atingi cerul gurii [sau spatele dinţilor] cu limba. Apoi lasă-ţi energia să curgă în jos, prin faţă, spre buricul tău, la trei centimetri în interiorul corpului tău şi apoi spre punctul aflat la o palmă sub buric... apeşi acolo... simte energia adânc înăuntru. Apoi spre perineu, când eşti gata.

Aminteşte-ţi întotdeauna că ai controlul total... poţi stăpâni ciclul energetic pentru a deschide toate căile spre sănătate, bunăstare, calm şi încredere. De la perineu urcă energia spre coccis, în sus, spre punctul opus centrului abdomenului... în sus, spre ceafă şi apoi spre creştetul capului, inimă şi înapoi, revino în jos, la buric, mereu cufundându-te tot mai adânc în hipnoză... Organele preţiosului tău corp adună doar energia de care au nevoie.

Pentru a-ţi completa Orbita Microcosmică hipnotică, leagă-te de pământ. Completează calea adunând şi stocând energia în buric. Acum, dacă eşti gata, să facem asta. Strânge pumnul drept şi pune-l pe buric [pauză până când pacientul se supune]. Bun. Acum, descrie un cerculeţ cu pumnul. Mergi de jur împrejurul buricului tău. [În cazul bărbaţilor, mergi de 36 de ori în sensul acelor de ceas; numără încet până la 36 pe măsură ce pacientul roteşte pumnul. Adună energia rotind de 24 de ori în sens invers acelor de ceas. Încet, fă cercurile din ce în ce mai mici. În cazul femeilor, adună energia mai întâi rotind în sens invers acelor de ceas de 36 de ori şi apoi în sensul acelor de ceas de 24 de ori, micşorând încet cercurile.]

[Atât pentru bărbaţi, cât şi pentru femei.] Şi acum, că ai completat ciclul şi ţi-ai legat energia de pământ, căile şi canalele sunt din ce în ce mai libere de blocaje. Acum, pe măsură ce număr de la 10 la 1, ieşi de sub hipnoză, ochii tăi deschizându-se la 5, dar fără să fii complet treaz până când nu ajung la 1. La 1 vei fi complet treaz, alert, calm şi te vei simţi bine. 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1... perfect treaz, alert şi calm.

Rezumat

Punctele comune în privința focalizării atenției și procesului de regresie descoperite între meditație și hipnoză au devenit mai evidente acum, că meditația și-a găsit un loc recunoscut ca parte a științei psihologice și a medicinei complementare. Subliniem beneficiile pentru sănătate ale abordării meditației taoiste și potențiala utilizare a ei ca inducție hipnotică. O astfel de abordare poate fi inducția preferată pentru pacienții sceptici cu privire la hipnoză, dar interesați de meditație și pentru cei cu hipnotizabilitate scăzută care nu au reușit să răspundă bine la tehnicile descrise în capitolele anterioare. Modelul de inducție a Orbitei Microcosmice prezentat nu este menit să slujească drept înlocuitor al practicării meditației tradiționale. Este o abordare care am descoperit că este foarte eficientă, pe baza testelor clinice, ca inducție hipnotică pentru anumiți indivizi rezistenți. Practicienii ar trebui să se străduiască să adapteze inducția pentru pacienții lor și să folosească sugestii hipnotice specifice, îndreptate spre nevoile terapeutice ale fiecăruia.

CAPITOLUL 15

Hipnoza în medicina dentară

> Teoria psihanalitică acordă cavității bucale rolul cel mai important în dezvoltarea personalității unui copil. La începutul vieții ea este „organul primar al dragostei" din corp. Prin intermediul gurii, nou-născutul primește mâncarea oferită de mamă, care îi întreține viața, și în acest proces stabilește prima relație cu altă persoană. Semnificația dragostei și frica de a o pierde sunt reflectate în frecvența și felul în care mama hrănește copilul. Multe studii psihanalitice urmăresc dezvoltarea ulterioară a comportamentelor dependente și agresive până la elementele ce i-au fost imprimate individului în timpul acestei etape orale timpurii a creșterii. Fixările la acest nivel sau regresiile ulterioare la el apar deseori când copilul este incapabil să facă față unor cereri mai mature. (Watkins, 1987, p. 315)

Scurtă istorie a hipnozei stomatologice

Având în vedere semnificația psihologică importantă a cavității bucale, dentistul trebuie să cunoască mai mult decât anatomia și fiziologia acestei părți a corpului. El trebuie să fie foarte conștient de stresul pe care i-l pot induce unui pacient procedurile aplicate în această regiune și să fie pregătit să facă față consecințelor atunci când ele sunt dureroase, provoacă anxietate și împiedică eforturile reparatorii.

Stomatologia este asociată cu durerea și deci mulți pacienți vin la tratament plini de neliniști, tensiuni și temeri. În ciuda progreselor importante în tratarea dinților pe care i-a făcut medicina dentară din secolul XXI, unele persoane ce au nevoie de tratament stomatologic continuă încă să evite vizitele regulate la doctor. Rezultatele sunt, de cele mai multe ori, cariile dentare, ce pot duce până la pierderea dinților. Conform lui Rodolfa, Draft și Reilley (1990), cel puțin

10-12 milioane până la 30-40 de milioane de oameni, doar în Statele Unite, primesc îngrijiri stomatologice neadecvate sau evită tratamentele cu totul, numai din cauza sentimentelor de anxietate cu privire la procedurile din domeniu.

Încă de la folosirea pentru prima dată a eterului de către un dentist (Morton) în 1846, medicii au creat şi au folosit diferite analgezice chimice. Totuşi, hipnoza s-a dovedit un adjuvant valabil în terapia şi chirurgia dentare, care încă nu şi-a atins întregul potenţial. Accentul pus de studii pe hipnoza aplicată în stomatologie a fluctuat foarte mult (Nash, 2000; Nash, Minton şi Baldridge, 1988), dar, în medie, apar în fiecare an în revistele medicale, de psihologie, stomatologice şi interdisciplinare în jur de 150 de articole despre hipnoză în medicina dentară. Recent s-a remarcat un declin al numărului total de lucrări publicate (Finkelstein, 2003). Interesant este că organizaţiile profesionale ale dentiştilor care folosesc hipnoza datează de dinaintea formării unor societăţi mai mari care să includă medici şi psihologi. Pentru că noi am scris această carte ca psihologi, tratarea hipnozei dentare reflectă doar o mică parte a clientelei noastre ca practicieni independenţi. Totuşi, relatăm utilizările principale şi tehnicile aşa cum au fost ele descrise de importanţi specialişti în domeniu.

Importanţa psihologică a cavităţii bucale

Câteva reflecţii asupra limbajului nostru ne îndrumă spre semnificaţia emoţională a multor termeni legaţi de gură şi hrănire. Cuvântul *dulce* se aplică atât gustului, cât şi unor atribute ale personalităţii. „A fi colţos”, o remarcă „muşcătoare”, „înghiţirea” mândriei cuiva, transferă termenii orali în descrierea comportamentului. Mai mult, cel drag este „dulceaţă”. O relaţie se poate „acri”, iar cineva poate învăţa o lecţie „amară”. Un bătrân poate avea o atitudine „piperată”. Invităm la cină o persoană care ne place. Ne sărutăm pe buze şi putem „scuipa” vorbe mânioase în timpul unei certe. E evident că, încă de timpuriu, cavitatea bucală este stabilită ca un organ cu mare semnificaţie emoţională. Aşadar, nu e de mirare că manipularea lui, reprezentată de repararea sau extracţia unui dinte, poate provoca, în cazul multor oameni, reacţii primitive de frică.

Deşi tehnica inducerii hipnozei poate fi învăţată cu un nivel minim de sofisticare, practicianul care intervine cu cruzime din

punct de vedere psihologic asupra pacientului său poate provoca daune emoţionale considerabile. Prin urmare, este recomandat să se înveţe utilizarea tehnicilor hipnotice într-un decor general al dinamicii personalităţii şi psihopatologiei. Acest sfat, destinat mai ales hipnotizatorului care lucrează în domeniul stomatologiei, îi este la fel de folositor şi dentistului ce nu foloseşte încă hipnoza, pentru că şi el, fie că e conştient sau nu, stârneşte reacţii psihologice. Unele facultăţi de stomatologie au înţeles importanţa acestora din urmă şi oferă cursuri de psihologie. Totuşi, pentru că multe dintre workshopurile în domeniul hipnozei puse la dispoziţie de societăţile profesionale au puţin timp la dispoziţie pentru a preda pe larg fundamentele psihologice dorite, dentistul care studiază hipnoza este sfătuit să suplimenteze astfel de cursuri cu lecturi clasice, cum ar fi Coleman, Butcher şi Carson (1980), precum şi Derlega şi Janda (1978). Cărţile de acest gen îl pot ajuta pe stomatologul care intenţionează să folosească tehnicile hipnotice să le pună în practică înţelegând mai bine latura psihologică. Studiul psihopatologiei şi dinamicii personalităţii este pentru tratamentul psihologic ceea ce învăţarea anatomiei şi fiziologiei e pentru chirurgie (Wald şi Kline, 1955). Multe dintre acestea pot părea, la început, copleşitoare pentru dentistul practician care este plătit pe baza procedurilor codificate ce nu includ hipnoza. Totuşi, întărirea simplă, directă, indirectă, verbală sau nonverbală foarte eficientă a unei stări disociate deja existente poate fi realizată în mai puţin de cinci minute (Finkelstein, 2003).

Probleme stomatologice relevante pentru hipnoză

În ce zone îi poate fi hipnoza de ajutor dentistului? Toate cele ce urmează au fost incluse în lucrări publicate pe tema hipnozei dentare aşa cum au fost ele relatate de diverşi hipnotizatori:

1. relaxarea pacientului;
2. domolirea fricii şi anxietăţii în legătură cu stomatologia (fobia de dentist);
3. gestionarea obiecţiilor pe care le au pacienţii cu privire la lucrările stomatologice necesare;
4. disfuncţii ATM (ale articulaţiei temporo-mandibulare);
5. obişnuirea pacienţilor cu aparatele ortodontice sau alte tipuri de proteze;

6. tratarea bruxismului ;
7. corectarea obiceiurilor defectuoase cum ar fi rosul unghiilor sau suptul degetului ;
8. anestezia şi analgezia în timpul procedurilor dureroase ;
9. amnezia cu privire la procedurile dureroase ;
10. premedicaţia ;
11. tratarea înecării şi a greţurilor ;
12. luarea amprentelor dentare ;
13. reducerea salivării excesive ;
14. reducerea sângerărilor ;
15. asistenţa în recuperarea postoperatorie.

Precauţii şi contraindicaţii

Înainte de a discuta tehnicile hipnotice ce pot fi folosite în tratarea acestor probleme, ar trebui să luăm în considerare situaţiile în care dentistul nu ar trebui să folosească hipnoza. Acestea se împart în două categorii : a) restricţii privind hipnoza în funcţie de necesităţile practicii stomatologice ; b) precauţii care ar trebui luate în seamă în lucrul cu anumiţi pacienţi problematici.

Hipnoza implică o intervenţie în profunzime asupra proceselor interne ale personalităţii. Aşadar, nu este un domeniu pentru amatori. În consecinţă, se presupune că dentistul care ar folosi tehnicile hipnotice a dobândit nu doar abilităţile de inducere a hipnozei, ci şi cunoştinţe despre psihologia normală, psihodinamica personalităţii şi tulburările emoţionale ce rezultă din psihopatologie şi alte afecţiuni. Nu trebuie ca stomatologul să fie psiholog sau psihiatru, dar el ar trebui să cunoască sindroamele psihopatologice majore, cum ar fi shizofrenia, tulburările borderline şi nevrozele severe. Medicul ar trebui să fie capabil să îşi dea seama dacă anxietăţile se încadrează între limitele normale şi dacă simptomele sunt suficient de severe pentru a recomanda trimiterea la un specialist în sănătate mentală.

Deşi posibilităţile de a vătăma un individ pur şi simplu inducându-i hipnoza sunt mici, în general nu este recomandată folosirea acestor proceduri în cazul pacienţilor care suferă de tulburări borderline cu crize psihotice sau care manifestă idei paranoide. În primul caz, un atac sever de anxietate poate fi stimulat dacă persoana se află aproape de o rupere schizofrenică de realitate, iar hipnoza

incorect aplicată poate declanşa o astfel de ruptură. Deşi acest lucru nu este foarte probabil, nu e recomandat ca dentistul să folosească hipnoza în cazul persoanelor care manifestă instabilitate emoţională. În cazul indivizilor care se prezintă cu simptome de paranoia (adică aceia care manifestă suspiciune, secretomanie, idei de referinţă sau sentimente de persecuţie), o încercare de a induce hipnoza i-ar putea determina să simtă că îşi pierd controlul în favoarea altei persoane. Freud credea că dacă starea mentală a pacientului este rezultatul impulsurilor homosexuale reprimate, atunci el ar putea considera inducţia hipnotică o încercare de seducere. Atunci pacientul poate deveni furios. Sunt cazuri rare, dar dentistul ar trebui să ştie că astfel de situaţii există. Dacă pacienţii şi-au exprimat suspiciunile şi au sugerat că ei cred că alţi oameni „sunt pe urmele lor", ar fi înţelept ca dentistul să nu mai încerce să îi hipnotizeze şi să aibă un asistent prin apropiere atunci când lucrează cu pacientul. Tulburările de personalitate borderline reprezintă o ameninţare şi mai mare, cu sau fără folosirea hipnozei. Din nefericire, pacienţii borderline sunt uneori dificil de diagnosticat chiar şi de către un medic experimentat. Când există îndoieli, se recomandă consultarea sau trimiterea la un psihiatru ori la un psiholog specializat în hipnoterapie.

Uneori un pacient va reacţiona la hipnoză sau la vreo fantezie activată de aceasta cu o anxietate severă. Din nou, aceste situaţii sunt foarte rare, dar trebuie să li se facă faţă dacă apar. Este foarte important ca medicul să nu intre în panică în astfel de circumstanţe. Reacţiile sunt de obicei trecătoare, chiar dacă sunt puternice. Pacientul ar trebui liniştit cu o voce calmă şi fermă : „Nu ai de ce să te temi. Deţii controlul total asupra proceselor tale mentale. Pe măsură ce număr în ordine descrescătoare de la 5, vei deveni alert, perfect treaz, simţindu-te calm şi relaxat. 5, 4, 3, 2, 1, perfect treaz ! ". A-l lăsa pe pacient să vorbească despre trăirile sale câteva minute înainte de a relua procedurile stomatologice poate fi de mare ajutor în reducerea oricărei posibile anxietăţi reziduale.

Când experimentează hipnoza, pacienţii sunt deosebit de sensibili la semnalele transmise de medic. Dacă dentistul este speriat de efectele modalităţii hipnotice sau plin de îndoieli şi nelinişti cu privire la utilizarea sa, el ar trebui să şi le rezolve înainte de a începe orice procedură. Participarea la workshopuri avansate, experienţa căpătată sub supravegherea specialiştilor calificaţi în domeniu sau lecturile şi studiile suplimentare oferă, de obicei, suficientă

desensibilizare pentru ca novicii să poată depăşi orice potenţiale nesiguranţe. Semnalele pe care le vor transmite atunci pacienţilor vor fi de calm, încredere şi competenţă. În esenţă hipnoza nu este cu mult mai înspăimântătoare decât multe dintre procedurile pe care dentistul le-a învăţat pe când se pregătea pentru această profesie şi e mult mai sigură decât majoritatea intervenţiilor fizice.

Cea mai importantă critică la adresa majorităţii atelierelor de formare în domeniu care durează puţin este că, de obicei, acordă insuficient timp pentru a oferi experienţa necesară în folosirea hipnozei astfel încât să desensibilizeze începătorul în domeniu. O mare parte dintre cei care participă la cursuri introductive nu pleacă de acolo cu suficientă încredere în abilităţile nou-dobândite. Ei nu merg până la capăt şi nu încep să folosească modalitatea hipnotică în cabinetele lor. Hipnoza, mai mult decât majoritatea celorlalte proceduri terapeutice, tinde să activeze procesele emoţionale ale medicului şi pacientului. Dacă dentistul (ca şi fiziologul sau psihologul) care a urmat un curs de hipnoză clinică nu începe imediat să aplice aceste cunoştinţe, ar putea ajunge asemenea multor foşti studenţi pe care îi cunoaştem. Chestionarele de urmărire au arătat că participanţilor le-a plăcut cursul şi au învăţat multe despre funcţionarea psihologică, dar nu vor folosi niciodată hipnoza în cabinetele lor.

Poate unul dintre cele mai mari obstacole în calea folosirii hipnozei în stomatologie este factorul timp. Unii pacienţi nu răspund la hipnoză sau, în cel mai bun caz, ajung doar în stări de transă uşoară. În aceste cazuri folosirea hipnozei probabil îi va descuraja pe medic şi pe pacient. Acest lucru poate fi uneori compensat dacă bolnavul a mai fost hipnotizat altădată, starea putând fi restabilită rapid şi uşor în cadrul procedurilor ulterioare. Nu este sănătos din punct de vedere economic să foloseşti hipnoza în cazul unor pacienţi rezistenţi când procedurile sunt minore şi pot fi gestionate eficient cu anestezice chimice. Cu toate acestea, la majoritatea pacienţilor, se pot face multe în doar cinci minute (Finkelstein, 2003).

Tehnici de inducţie hipnotică şi aprofundare

Multe dintre procedurile pe care le-am descris în capitolele anterioare pot fi folosite atât de dentist, cât şi de psiholog sau medic. Totuşi,

anumite tehnici sunt mai bine adaptate condiţiilor fizice în care lucrează dentistul. Devin posibile variaţii proprii scaunului stomatologic şi echipamentelor din cabinetul dentistului. Finkelstein (2003) a recomandat următoarele.

1. Stabileşte relaţia clinică cu pacientul (un context al grijii, atenţia acordată pacientului şi focalizarea atenţiei lui).
2. Stabileşte dacă este nevoie de hipnoză, care ar putea exclude alte forme de anestezie (ia în considerare traumele, durerea, teama, anxietatea sau tensiunea).
3. Evaluează capacitatea de imaginaţie a pacientului la nivelul oricăruia dintre cele cinci simţuri sau al tuturor.
4. Stabileşte motivaţia pacientului pentru folosirea hipnozei.
5. Testează încrederea pacientului cu privire la faptul că se poate realiza ceva folosind hipnoza.
6. Testează încrederea pacientului în abilităţile terapeutului (conştientizează faptul că pacienţii sunt foarte sensibili la siguranţa de sine a dentistului şi la familiarizarea sa cu procedura).
7. Conştientizează nevoia pacientului de întărire a eului, liniştire, întărire pozitivă şi un sentiment de menţinere a controlului.

Finkelstein (2003) a recomandat proceduri de inducţie bazate pe relaxare cum ar fi următoarele.

1. *Închiderea ochilor/Atingerea*. Terapeutul îi cere pacientului să privească fix dosul propriei mâini şi îi oferă sugestii de relaxare în timp ce îi mângâie antebraţul, de la cot la încheietură. Această procedură este repetată şi se adaugă şi alte sugestii, remarcând că pacientul îşi poate închide ochii când terapeutul observă semne ale implicării hipnotice.
2. *Închiderea ochilor/Respiraţia*. Acest exerciţiu se axează pe expiraţia pacientului ca parte a unui proces natural de relaxare. Terapeutul îl instruieşte să inspire adânc, să îşi ţină respiraţia şi să se relaxeze pe măsură ce expiră. Repetă procesul, sugerându-i să închidă ochii dacă acest lucru nu se întâmplă spontan. Este recomandată prevenirea hiperventilaţiei.
3. *Imaginaţia stimulată*. Acest exerciţiu se focalizează pe folosirea fanteziilor. Sunetul frezei sau al aspiratorului de salivă pot fi legate de imaginea zborului cu un avion cu reacţie, eventual în drum spre o insulă tropicală. Muzica poate fi integrată în procedura

hipnotică după cum urmează: „Pe măsură ce te relaxezi tot mai profund, vei vedea că te înconjoară o muzică minunată, concentrându-te asupra ei, înotând în ea, în timp ce te cufunzi într-o stare tot mai plăcută în care poţi simţi acum doar senzaţia de confort". Inducţia şi muzica din cabinet sunt combinate cu sugestii orientate spre anestezierea prin disociere. (Fii precaut cu pacienţii adolescenţi care vor să îşi folosească CD player-ele portabile şi căştile. Muzica rock puternică poate să ajute la disociere, dar în acelaşi timp să împiedice comunicarea între doctor şi pacient.)

4. *Hipnoza alertă instantanee*. Aşa cum vom descrie în capitolul 17 (vezi şi Barabasz, 1994), hipnoza alertă instantanee este destul de eficientă în cazul inducţiilor rapide, atât pentru copii, cât şi pentru adulţi. Terapeutul îi cere pacientului să îşi dea ochii peste cap, ca şi cum s-ar uita la propria frunte. Pacientul este ajutat să obţină această poziţie a ochilor cu instrucţiuni de focalizare asupra degetului mare al terapeutului. Terapeutul îşi deplasează încet degetul mare de la 10 la 15 centimetri în faţa nasului pacientului, cam spre centrul frunţii acestuia. În acest moment, se face trecerea la cerinţele analgeziei dentare. Odată ce pacientul şi-a dat ochii peste cap, terapeutul poate testa catalepsia cu ochii deschişi. El îi spune pacientului: „Ochii sunt daţi peste cap şi nu se pot închide; încearcă să închizi ochii [fă o pauză doar cât să vezi că încearcă să-i închidă]; nu mai încerca". Dacă ochii pacientului nu s-au închis, terapeutul îi spune: „În regulă, acum îţi poţi coborî privirea şi, pe măsură ce faci asta, îţi poţi lăsa pleoapele să se închidă; e mult mai confortabil cu ele închise decât deschise în timp ce relaxarea îţi cuprinde întregul corp". Când este folosită în stomatologie, această metodă transferă inducţia alertă instantanee într-o procedură cu efecte de relaxare. Alternativ, tehnica de a da ochii peste cap descrisă de cei doi Spiegel (Spiegel şi Spiegel, 2004) poate fi folosită pentru o evaluare destul de rapidă a hipnotizabilităţii şi pentru o inducţie rapidă.

Deşi o stare profundă de hipnoză este de dorit în cazul procedurilor chirurgicale lungi şi dureroase, nu toţi pacienţii pot ajunge la o transă profundă. Totuşi, mulţi pot ajunge în stări uşoare şi medii, suficiente pentru a reduce semnificativ disconfortul în cazul celor mai multe lucrărilor dentare. Eşecul unui pacient de a ajunge într-o transă profundă nu este o contraindicaţie privind folosirea hipnozei.

În multe cazuri cantitatea de novocaină necesară pentru un efect de amorţire poate fi mult redusă când pacientul se află într-o stare hipnotică uşoară, chiar dacă nevoia de anestezie chimică nu este eliminată în întregime. Dentistul care foloseşte un ton ferm şi încrezător când oferă sugestii se poate aştepta la mult mai multă docilitate decât cel ce le administrează într-o manieră ezitantă sau şovăitoare. Când este pe cale să injecteze un anestezic local, după inducerea hipnozei, dentistul poate spune : „S-ar putea să simţi o uşoară înţepătură acum". Încrederea este esenţială şi va veni odată cu experienţa.

Un pacient (unul aflat în sala de aşteptare) este de obicei regresat la o atitudine mai copilărească şi se poate „aştepta" să fie îngrijit, tratat, să i se spune de către „părintele lui doctor" ce trebuie făcut pentru alinarea suferinţei. Aceşti pacienţi trebuie să simtă că doctorul ştie ce face. Hipnoza în stomatologie, asemenea hipnoterapiei, necesită ca dentistul să fie mai vorbăreţ decât de obicei. Practicienii care preferă să lucreze în tăcere nu vor considera că modalitatea hipnotică este potrivită în cabinetul lor.

Folosirea hipnozei de către asistenţii în stomatologie

Au existat multe controverse în rândul specialiştilor în hipnoză cu privire la cât de mult ar trebui să li se permită asistenţilor în stomatologie să folosească hipnoza. Poziţia mai conservatoare în societăţile de hipnoză cere ca folosirea metodei să fie limitată la psihologi, medici, dentişti şi, mai recent, asistente cu pregătire avansată. Totuşi, în domeniul medicinei dentare, ea este deja limitată la procedurile hipnosugestive direct legate de practica stomatologică. Convenţia anuală din 2003 a Society of Psychological Hypnosis (Divizia 30 a American Psychological Association) a început să „regândească noţiunile prea restrictive de limitare a practicii" (note personale, A.F.B.). În viitor, fără îndoială că i se va permite unui grup mai mare de furnizori calificaţi de servicii de sănătate să se formeze în cadrul unor ateliere în domeniul hipnozei din partea societăţilor de hipnoză recunoscute, pregătire limitată în prezent la doctori în medicină, doctoranzi în medicină, doctori în ştiinţe educaţionale şi doctori în medicină dentară şi, de asemenea, la cei cu studii avansate asistenţă socială clinică şi asistenţă medicală. Totuşi,

„scormonitul" hipnoanalitic este contraindicat în mediul stomatologic. Deşi majoritatea pacienţilor pot beneficia de pe urma inducţiilor rapide, pentru alţii poate fi nevoie de o perioadă mai lungă. În aceste cazuri timpul dentistului poate fi folosit mai economic în tratamentul direct, se pare că condiţionarea hipnotică ar putea fi lăsată în seama unui asistent, bine pregătit în domeniul hipnozei, care se află sub directa supraveghere a unui medic stomatolog, şi el instruit în domeniu. Serviciile sale de relaxare a pacientului şi apoi transferarea raportului către dentist pot să crească eficienţa cabinetului şi să încurajeze folosirea mai frecventă a hipnozei. Asistentul ar trebui să fie instruit pentru a face faţă reacţiilor negative, iar dentistul care supervizează ar trebui să fie disponibil imediat în caz că se întâmplă aşa ceva.

Liniştirea pacienţilor şi diminuarea temerilor lor

Dacă urmează să fie folosite proceduri hipnotice, nu ar trebui făcută nici o încercare de a li se ascunde pacienţilor acest lucru. De obicei pacienţii sunt conştienţi că sunt hipnotizaţi. Sinceritatea este cea mai bună abordare. Pacientului ar trebui să i se spună dinainte că hipnoza ar putea fi de ajutor sau ar trebui elucidate posibilităţile. Am descoperit că este eficientă descrierea procedurii ce urmează să fie folosită ca „o relaxare hipnotică naturală, în care folosirea medicamentelor poate fi redusă sau eliminată, o stare în care este posibilă diminuarea disconfortului". Orientarea pacientului în acest fel evită, de obicei, anxietatea şi rezistenţa pe care anumiţi oameni o pot dezvolta dacă li se spune : „Te vom hipnotiza". Cuvintele sunt foarte importante, iar cele folosite pentru a descrie o procedură pot foarte bine să determine reacţia pacientului. De exemplu, „Acum voi pune nişte novocaină în dinţii tăi" nu sună la fel de înfricoşător ca „Voi injecta nişte novocaină".

Integrarea hipnoanesteziei în anestezia prin agenţi chimici

Tehnicile de inducţie pot fi uşor combinate cu administrarea protoxidului de azot. Sugestiile de relaxare profundă prin tehnica unei inducţii hipnotice uşoare pot să fie administrate în acelaşi timp cu un amestec de protoxid de azot şi oxigen şi să aibă tot atâta efect în reducerea durerii ca şi o concentraţie mai mare de protoxid de azot

fără hipnoză. Când acest lucru este posibil, pacientul își revine mult mai repede și evită efectele secundare ce pot apărea în unele cazuri. Ar trebui recunoscut faptul că administrarea gazului este o formă de sugestie. Așadar, se asigură un efect placebo, dincolo de proprietățile sale farmaceutice. Acest efect ar trebui folosit constructiv și maximizat: „Pe măsură ce inhalezi, vei simți cum te cufunzi într-o stare tot mai profundă de relaxare confortabilă, unde nimic neplăcut nu te poate deranja". Unii dentiști au descoperit că prin combinarea relaxării hipnotice cu protoxidul de azot pot nu doar să obțină un efect din partea amândurora, ci și să își sporească priceperea și încrederea în folosirea hipnozei. Pot reduce treptat concentrația de protoxid de azot în timp ce cresc potențialul verbalizării hipnotice.

Tehnicile inducției și adâncirii cu ajutorul fanteziilor, care sunt eficiente în medicina dentară, pot implica descrierea vie a unor meciuri de baseball, picnicuri pe o pajiște, excursii la munte, a relaxării pe o plajă, a unei plimbări printr-un muzeu de artă și a admirării tablourilor, a participării la un concert, a unei partide de pescuit sau retrăirea unui episod plăcut din viața cuiva. Priceperea stă în descrierea atât de vie a acestor situații, încât pacientul să se implice în ele și să se disocieze complet de procedurile pe care le aplică dentistul asupra dinților lui. Într-un sens real, „sinele" lui a părăsit cabinetul stomatologic și trăiește fantezia, nu procedura incomodă. Câteva întrebări cu privire la activitățile recreaționale ale pacientului ar putea permite descrierea unei imagini în care el se poate implica aproape în întregime. Cel care nu merge niciodată la pescuit și nu este deloc interesat de această activitate va reacționa foarte puțin la încercările de a iniția o astfel de fantezie. Dentistul ar trebui să afle ce îi place pacientului și să construiască inducția și tehnica de adâncire în jurul acelui lucru.

Gestionarea rezistenței

Când pacienții opun rezistență și, după multe eforturi de a aplica inducția, intră doar în stări hipnotice ușoare, nu încerca să faci lucrări dentale majore în timpul primelor ședințe în care folosești hipnoza drept unic analgezic. Dentistul poate să aplice principiul fracționării, să se provoace pacienților stări ușoare de transă și apoi să-i trezească, eventual de mai multe ori în timpul primei ședințe și să continue cu alte câteva ședințe. E posibil să fie nevoie de timp

pentru a ajunge la o stare suficient de profundă ca să se efectueze lucrări dentare fără anxietate sau disconfort, dar, în cazul unei fobii severe de dentist, acest lucru poate face diferenţa între executarea lucrărilor necesare şi pierderea dinţilor.

Dacă stomatologul foloseşte hipnoza pe mai mulţi pacienţi, este bine să le fie înregistrate reacţiile la testele de hipnotizabilitate, la tehnicile de inducţie şi aprofundare. Aceste date ar trebui să includă tipul de inducţii folosite şi timpul necesar pentru a se ajunge în starea dorită. O notă în legătură cu idiosincraziile pacientului, cum ar fi anxietăţile la coborârea unor scări, ridicarea lentă a mâinii sau descrieri ale oricăror reacţii negative, ar putea scurta mult timpul necesar unei inducţii reuşite în următoare şedinţă. Imediat după o procedură stomatologică nereuşită e probabil ca pacientul să devină mai rezistent. Acesta nu este un moment potrivit pentru a fi sugerată folosirea hipnozei. Este mai bine să programezi altă şedinţă şi să iniţiezi procedura mai târziu. Sensibilitatea dentiştilor la sentimentele şi stările de spirit ale pacienţilor lor va face diferenţa între medicii care au succes în folosirea hipnozei dentare şi cei ce o consideră nesatisfăcătoare şi renunţă.

Probleme şi tehnici specifice

Relaxarea pacientului. Unul dintre cele mai comune impedimente în activitatea dentiştilor este incapacitatea multor pacienţi de a se relaxa şi de a sta liniştiţi. Fâţâitul, mişcările, scărpinatul nasului şi neliniştea generală pot încetini considerabil munca stomatologului. Aşadar, tehnicile de relaxare specifice iniţierii unei stări hipnotice nu doar vor induce hipnoza, ci vor avea ca rezultat şi tipul de implicare liniştită, pasivă care este cel mai de dorit de către medic. Printre acestea se pot număra fixarea şi închiderea ochilor, plus proceduri de adâncire care combină scăderea tonusului muscular cu stimularea fanteziilor interioare. Deşi, de obicei, nu folosim cuvântul *somn* când inducem hipnoza pentru psihoterapie, termenul poate facilita relaxarea pe scaunul stomatologic. Chiar dacă ştim că hipnoza nu este acelaşi lucru cu somnul obişnuit, asemănarea acestuia, din punctul de vedere al percepţiei pacientului, cu o stare de transă pasivă legitimează folosirea cuvântului în acest caz.

Prima utilitate a hipnozei în stomatologie este pur şi simplu de a ajuta la relaxare. Aceasta este foarte apropiată de metoda relaxării

progresive (vezi capitolul 5). De fapt, astfel de tehnici, care implică a-l învăţa pe individ să îşi relaxeze treptat diferite grupe de muşchi, sunt uneori folosite drept condiţionare preinducţie. Procedura implică mai întâi încordarea unei grupe de muşchi, cum ar fi cei ai piciorului, concentrarea pentru câteva clipe asupra senzaţiilor acelui membru şi apoi relaxarea. Alte grupe musculare sunt apoi tratate progresiv în acelaşi mod, până când întregul corp este relaxat. În acest fel pacienţii compară senzaţiile de tensiune cu cele de relaxare. Procedura operează similar cu tehnica biorezonanţei. Prin identificarea reacţiilor fiziologice, pacienţii ajung să le controleze. Sugestiile de relaxare treptată utilizate în cazul pacienţilor hipnotizaţi pot fi aplicate mai bine decât cele oferite în stare conştientă. O reducere a tensiunii musculare permite minţii să se calmeze, iar pacienţilor să poată ignora stimulii exteriori. Nu este diferit de ceea ce se întâmplă când adormim.

Chiar dacă modalitatea hipnotică nu ar face nimic mai mult decât să îi ajute pe oameni să menţină o atitudine liniştită şi relaxată pe scaunul stomatologic, tot ar avea o contribuţie considerabilă. Pentru a induce această stare, cel care hipnotizează ar putea rosti în mod repetat fraze cum ar fi: „S-ar putea să simţi că te cuprinde o senzaţie minunată, de căldură. Ochii tăi se relaxează, faţa ta se relaxează, muşchii gâtului tău se relaxează, poţi simţi relaxarea scurgându-ţi-se în braţe, trunchi şi picioare. Tensiunea se topeşte. Relaxează-te, relaxează-te profund". După ce s-a obţinut o aparentă stare de linişte şi relaxare, pacientului i se poate spune: „Îţi va plăcea să rămâi în această stare calmă, relaxată. Nu trebuie să dai atenţie procedurilor pe care le voi folosi. Poate că ţi-ar plăcea să te gândeşti la lucruri frumoase ori să îţi aminteşti o experienţă plăcută. Poţi să te concentrezi asupra relaxării tale şi să te bucuri de gândurile tale în timp ce eu lucrez". Mulţi oameni care nu sunt profund hipnotizabili vor reacţiona suficient de bine la astfel de sugestii hipnotice pentru reducerea disconfortului lor şi uşurarea muncii dentistului.

Anxietăţi şi fobii dentare. Anumitor oameni le este atât de frică de dentist, încât dezvoltă un handicap sever în privinţa intervenţiilor stomatologice. Evită orice contact şi deseori ajung să îşi piardă dinţii. Chiar dacă prietenii şi rudele îi pot determina să vină la stomatolog, sunt atât de uşor de traumatizat, încât la cea mai mică durere temerile lor devin mai puternice. De multe ori nu se întorc a doua oară. Aproape orice dentist a avut de-a face cu astfel de persoane

ce au gura plină de dinţi stricaţi pe care i-au neglijat ani de zile. Au nevoie de numeroase lucrări, însă pot tolera cu greu chiar şi o plombă mică. În aceste cazuri hipnoza are multe de oferit. Ceva trebuie făcut pentru a contrabalansa experienţele neplăcute anterioare şi a creşte pragul de rezistenţă la durere. De asemenea, prima lor şedinţă trebuie gestionată astfel încât ei să revină pentru următoarele lucrări necesare. O femeie de 36 de ani din nordul statului Idaho, cu care eu (A.F.B.) m-am întâlnit recent, avea dinţii atât de stricaţi, încât nu consuma decât hrană lichidă de ani întregi. Din păcate, când soţul ei a apelat la intervenţia hipnotică pentru fobia dentară şi controlul durerii a fost doar pentru ca toţi dinţii să-i fie scoşi. Dacă ar fi apelat la hipnoză în urmă cu mai mulţi ani... A răspuns bine la testele de hipnotizabilitate şi a fost capabilă să se disocieze complet de rola Wartenberg şi de durerile ischemice în timpul testării hipnoanalgezice preprocedură.

O tehnică care unii dentişti au descoperit că este folositoare este să-l pui pe pacient să strângă braţele scaunul de fiecare dată când este folosită freza. Pentru indivizii normali, aceasta poate fi de ajutor. Pentru pacienţii care suferă de o fobie dentară gravă, se va dovedi, probabil, inadecvată, căci nu e altceva decât o distragere brutală. În cazul acestor oameni, posibilitatea de a fi ajutaţi prin intermediul hipnozei poate fi testată întrebându-i : „Ai vrea să îţi fie înlăturate temerile ? ”. Dacă aceasta deschide o cale pentru ca dentistul să poate discuta cu ei despre hipnoză şi dacă sunt de acord să încerce, atunci prima sau primele două şedinţe ar trebui dedicate doar orientării, testelor de hipnotizabilitate şi inducţiei. Nu este recomandabil să faci mai mult. Poţi, cel mult, să efectuezi o procedură dentară minoră. Dacă pacientul poate începe cu o perioadă de încredere şi relaxare, procedurile stomatologice pot fi lăsate pe mai târziu.

O tehnică comportamentală folosită de psihologi pentru a elimina fobia poate fi aplicată şi în acest caz (Barabasz, 1977). Se numeşte *desensibilizare sistematică*. Mai întâi pacientul este profund relaxat şi apoi i se oferă sugestii de confort. Deşi în această stare se aplică stimulul de care îi este frică pacientului, el este atât de puţin intens, încât reacţia de teamă nu este evocată. În mod ierarhic, stimulii îi sunt sugeraţi pacientului în vecinătatea temporală a stărilor opuse anxietăţii până când el învaţă să tolereze ceea ce nu putea suporta. În aplicarea acestui principiu la recondiţionarea fobiilor dentare, starea hipnotică este indusă şi intensificată, iar apoi se face o lucrare dentară minoră. La cel mai mic semn de anxietate şi frică dentistul

întrerupe procedura şi revine la inducţia hipnotică, reinstalând şi adâncind starea hipnotică, dând sugestii menite să inculce un sentiment plăcut de încredere. Evident, nu se va face prea mult pentru repararea dinţilor în timpul primei şedinţe, dar, dacă pacienţii pot pleca fără să fie traumatizaţi, simţind că au avut control asupra acestei prime consultaţii, ei vor reveni, cu un prag de rezistenţă la durere mai înalt. Pacientului i se dau sugestii pentru întărirea eului, cum ar fi : „Când vei reveni data viitoare, te vei simţi mai puternic şi mai încrezător. Nu ai suferit în timpul acestei şedinţe şi ştii că poţi face faţă următoarei. Nu îţi va fi teamă. Poţi să te relaxezi în scaun şi să îţi concentrezi mintea asupra unor lucruri plăcute".

Data următoare pot fi făcute mai multe, fiind, poate, necesare doar două minute pentru inducţia hipnotică. Dentiştii ce folosesc această tehnică au relatat că au reuşit să facă lucrările de care era nevoie în cazul unor pacienţii ce înainte nu veneau niciodată la cabinet sau, dacă o făceau, nu mai reveneau după prima şedinţă.

Confortul pacientului. Strâns legată de reducerea fricii şi anxietăţii este menţinerea confortului pacienţilor normali, cei care nu manifestă temeri evidente, dar care ar putea fi mai fericiţi şi mai cooperanţi dacă s-ar simţi mai comod pe durata procedurilor. Ţinerea gurii deschise pe o perioadă lungă sau ţinerea limbii afară din calea dentistului, în special când se lucrează la molari, poate fi obositoare. Pentru că pacientul hipnotizat este mai receptiv la sugestii, cele menite să aline oboseala muşchilor buzelor şi feţei sau pe cea provocată de menţinerea gurii deschise poate fi destul de folositoare : „Muşchii feţei tale devin moi şi relaxaţi. Se simt bine. Toată tensiunea se scurge din ei. Este uşor să deschizi gura şi să o ţii aşa. Este pur şi simplu natural ca ea să stea deschisă. Nu trebuie să dai atenţie muşchilor care îţi ţin maxilarele desfăcute". Aceasta e parţial sugestie şi parţial disociere hipnotică pentru că prin intermediul sugestiilor sentimentul de „sine" este orientat departe de muşchii feţei şi ai maxilarului. Este de dorit să i se sugereze pacientului că timpul petrecut stând pe scaunul stomatologic este o perioadă de odihnă şi relaxare şi că el va continua să aştepte de fiecare dată cu nerăbdare ocazia de a lăsa grijile şi tensiunile la o parte. Unele persoane aflate sub astfel de sugestii hipnotice nu doar pot exclude stimulii dureroşi ai procedurilor dentare, ci par să regrete că şedinţa se termină şi starea hipnotică plăcute ia sfârşit. Această menţinere a confortului

pacientului este de dorit mai ales în timpul unei intervenţii lungi şi intense.

Anestezia şi analgezia. Cea mai mare contribuţie a hipnozei la practica stomatologică este reducerea durerii. Aceleaşi principii privind controlul durerii în cazul problemelor dentare se aplică şi procedurilor din domeniul medical al anesteziologiei (vezi capitolul 10). Totuşi, trebuie adăugate câteva consideraţii specifice stomatologiei. În majoritatea cazurilor în care se poate obţine un anumit nivel al transei hipnotice este posibilă, de obicei, reducerea cantităţii de anestezice chimice, cum ar fi novocaina sau protoxidul de azot, necesare pentru asigurarea condiţiilor dorite pentru pacient. Când individul este puternic hipnotizabil şi capabil să intre într-o stare hipnotică profundă, ne putem lipsi complet de anestezia prin agenţi chimici. Celui hipnotizat îi pot fi date sugestii directe având ca efect faptul că: „Vei ignora complet orice senzaţii neplăcute în gură. Întreaga zonă a gurii tale va fi complet amorţită. Nu vei avea nici o senzaţie de disconfort". Sugestii pozitive puternice, ca acestea, administrate în timp ce pacientul se află într-o transă profundă, sunt de obicei eficiente. Hipnoza poate fi folosită şi pentru a înlocui anestezicele chimice atunci când ele sunt contraindicate din punct de vedere medical. Totuşi, dentistul ar trebui să fie pregătit să le administreze, atunci când îi este permis, dacă pacientul dă semne de ieşire din starea hipnotică. Acest lucru nu poate fi dovedit doar de comportamentul aparent al pacientului. Cercetările lui E. Hilgard şi J. Hilgard (1983) au arătat că durerea poate fi înregistrată la nivele inconştiente, chiar dacă nu este percepută evident. Prin urmare, pacientul ar putea să dea semne de mişcare sau de răspuns şi totuşi să iasă din starea hipnotică spunând că nu „a simţit nici o durere". Când apar astfel de mişcări, probabil este cel mai bine să fie întreruptă lucrarea dentară şi aprofundată starea hipnotică înainte de a se continua. Unii clinicieni recomandă sugerarea amneziei înainte de scoaterea pacientului de sub hipnoză: „Când vei fi alert, nu îţi vei aminti nici un fel de disconfort avut în această ultimă oră".

Este important să te asiguri că toate hipnoanesteziile au fost înlăturate înainte ca pacientul să plece din cabinet (cu excepţia sugestiilor analgezice care ar putea fi date pentru a diminua disconfortul în perioada postoperatorie), permiţându-i să doarmă în acea noapte. Când poate fi folosită în practica stomatologică, hipnoanestezia

are anumite avantaje specifice comparativ cu anestezia chimică. De exemplu, poate fi foarte precis localizată. Nu trebuie amorțită o zonă extinsă dacă lucrarea urmează să fie făcută într-o regiune anume. Zonele anesteziate hipnotic nu trebuie să corespundă celor prin care trec anumiți nervi. Orice regiune atinsă cu un deget poate fi făcută insensibilă. Hipnoanestezia poate fi aplicată fără a fi nevoie de abținerea de la alte medicamente sau de la mâncare. Poate fi inițiată și încheiată la sugestia dentistului și nu trebuie să continue încă o vreme după ce a fost administrată. Nu există grețuri sau stare de rău în timpul procedurii sau după aceea. Odată ce hipnoanestezia a fost indusă, ea poate fi reindusă foarte rapid. Mai mult, pentru că sugestiile pot fi utilizate astfel încât ea să fie eficientă postoperator, poate fi eliminată sau măcar mult redusă nevoia de medicamente după intervenție.

Dezavantajele hipnoanesteziei în medicina dentară provin în primul rând din faptul că nu poate fi aplicată în cazul tuturor pacienților. Wookey (1938) susținea că 35% dintre clienții săi puteau fi hipnotizați îndeajuns de profund pentru a efectua fără durere intervențiile chirurgicale stomatologice. Date fiind noile proceduri hipnotice disponibile acum, procentul este cu siguranță mult mai mare. Totuși, problema timpului îi poate limita utilizarea, în special dacă medicul abia încearcă să câștige experiență în domeniul hipnozei.

Sugestiile hipnotice pentru producerea anesteziei se pot desfășura după cum urmează : „Voi apăsa pe acest dinte și vei simți o ușoară presiune în gingii. Cu cât apăs mai mult, cu atât mai amorțite sunt gingiile. Voi număra în ordine descrescătoare de la 10 la 0. Când ajung la 0, toate senzațiile de la nivelul dintelui vor dispărea. 10, începi să simți amorțeala. 9, amorțeala crește. 8, 7, 6, senzațiile dispar din acest dinte. 5, 4, tot ce poți simți este o ușoară senzație de presiune. 3, 2, dintele devine aproape complet insensibil. 1, 0. Este complet amorțit ; nu poate simți aproape nimic. Este complet anesteziat. Te vei simți confortabil pe toată durata lucrării. Relaxează-te profund. Nu trebuie să mai fii deranjat în nici un fel".

Acum o jumătate de secol, Moss (1952) a sugerat că dentistul ar trebui să apese apoi gingiile cu vârful unui instrument în timp ce afirmă cu fermitate : „Vezi, e complet amorțită". El continuă comparând cu senzația resimțită înțeparea altei zone, neanesteziate, și afirmând cu fermitate : „Voi înțepa cu acest instrument ascuțit partea opusă a gurii tale. De data aceasta vei simți obișnuita durere ascuțită

şi te vei retrage". Noi considerăm că, deşi acest test este definitoriu şi destul de convingător pentru pacient atunci când s-a obţinut o anesteziere profundă a zonei, înţeparea regiunii neanesteziate nu ar trebui să fie atât de puternică încât să scoată pacientul de sub hipnoză. Această a doua parte a testului ar putea fi verbalizată după cum urmează: „Voi înţepa acum cu acest instrument ascuţit partea opusă a gurii tale. De data aceasta vei simţi o durere clară şi te vei retrage. Totuşi, nu îţi va tulbura calmul hipnotic profund. Vei continua să rămâi în aceeaşi stare". Ar trebui reţinută o precauţie. Pentru că pacientul profund anesteziat poate să nu aibă nici o reacţie la acţiunea frezei, dentistul ar trebui să se asigure că instrumentul nu se supraîncălzeşte şi că acordă atenţie scurtelor perioade de pauză, ca de obicei. Aminteşte-ţi, pacientul hipnotizat nu va reacţiona la fel ca cel nehipnotizat dacă este întrerupt fluxul normal de apă care răcoreşte.

Dacă sunt instruiţi, pacienţii pot fi învăţaţi să folosească hipnoza pentru a-şi anestezia orice parte a corpului. Acest lucru este obţinut cel mai uşor făcându-i să se concentreze asupra mâinii sau a unui anumit deget şi sugerând o amorţeală acolo. Odată amorţit locul, senzaţia de anesteziere poate fi transferată spre orice parte a corpului pur şi simplu masând-o cu mâna sau degetul anesteziat. Astfel, arătătorul poate fi amorţit, iar pacienţii pot fi apoi instruiţi să desensibilizeze gingia adiacentă unui anumit dinte frecând acea zonă cu degetul anesteziat. În multe cazuri acest lucru va fi suficient pentru a permite operarea fără altă anestezie. În alte situaţii, când amorţeala este incompletă, efectul va fi cel puţin că pacienţii nu vor simţi nici un disconfort în urma injectării unui anestezic chimic şi va fi necesară o cantitate mai mică de agenţi chimici. Hipnoanestezia face ca problema suturării ţesutului gingiilor să fie mai puţin dureroasă, dacă nu chiar lipsită de durere.

Odată pacientul hipnotizat şi sugestiile de anestezie administrate, este recomandabil ca dentistul să nu îl chestioneze pe pacient cu privire la posibilele senzaţii de durere. Se presupune că acesta nu este prezent şi se continuă cu lucrările dentare, dacă pacientul nu pune întrebări sau nu se plânge. Când există îndoieli, se foloseşte anestezia prin agenţi chimici. Totuşi, hipnoanestezia ar trebui încercată prima. Unii stomatologi au descoperit că hipnoza este utilă pentru premedicaţie, mai ales în timpul operaţiilor scurte.

Îngrijirea postoperatorie. Sechelele postoperatorii, cum ar fi durerea şi sângerarea, pot fi deseori diminuate prin sugestii hipnotice.

Există multe relatări privind eficacitatea acestei proceduri în reducerea sângerărilor. Majoritatea studiilor clinice sunt pozitive (Newman, 1971, 1974; Stolzenberg, 1955). Cu toate astea, Crasilneck şi Fogelman (1957) nu au reuşit să asigure efecte semnificative în ce priveşte timpul de coagulare. Chiar dacă pot exista şi excepţii în cazul anumitor pacienţi (în special al celor care iau suplimente de aspirină sau vitamina E şi A), frecvenţa succeselor relatate sugerează faptul că hipnoza ar trebui, cu siguranţă, luată în considerare în cazul celor care au sângerări, atât în timpul operaţiei, cât şi după aceea. Efectele diferite pot fi cauzate de lipsa unei profunzimi hipnotice adecvate şi de caracteristicile idiosincrazice ale participanţilor aflaţi în transă profundă (Barrett, 1990). Pacientul ar trebui informat, sub hipnoză, că „nu va exista nici o sângerare" în timpul operaţiei. Unii medici i-au făcut pe pacienţi să îşi vizualizeze sistemul vascular şi să „vadă" vasele contractându-se şi fluxul sangvin fiind restricţionat. Moss (1952) a susţinut că extracţiile dentare fără sângerare pot fi făcute în general pe indivizii somnambulici (cei care pot intra într-o stare de transă foarte profundă) şi că ele au succes în cazul a 20% dintre pacienţi.

Pentru a ajuta la procesul de recuperare postoperatorie, doctorul ar trebui să spună, în vreme ce pacientul este hipnotizat, că vindecarea va fi rapidă şi că nu va exista nici o durere. Există, mai nou, un interes considerabil cu privire la măsura în care intervenţiile psihologice în general şi hipnoza în particular pot stimula procesele de vindecare. Se consideră că aceste influenţe au un efect mobilizator asupra proceselor fiziologice restauratorii naturale.

Înecarea şi greaţa. Înecarea este un reflex natural creat pentru a proteja vălul palatin de contactele dăunătoare. În cazul unora devine atât de puternic, încât împiedică orice procedură dentară, ajungând să se declanşeze chiar şi atunci când mâna dentistului doar se apropie de gură. Senzaţiile severe de înecare pot face imposibilă consultarea pacientului. Au fost propuse o serie de tehnici pentru a controla această reacţie. Strasberg (1960) şi-a învăţat pacienţii cum să îşi stăpânească limba astfel încât să controleze acest reflex. El i-a pus să observe că, de fiecare dată când se îneacă, îşi împing limba în sus şi în faţă, aproape scoţând-o din gură. Ducând un instrument în apropierea cavităţii bucale, el declanşa reacţia şi apoi le atrăgea atenţia asupra reacţiei limbii. Apoi le explica pacienţilor că, dacă îşi retrag limba, în josul gurii, aproape înghiţind-o, nu se vor mai îneca.

Secter (1960) a legat acest reflex de controlul muşchilor abdominali. Pacienţii erau instruiţi să îşi ţină respiraţia şi să încordeze această grupă de muşchi. Le era atrasă atenţia asupra faptului că, dacă slăbeau presiunea, ar fi lăsat aerul să se „scurgă" şi nu trebuie să existe nici o scurgere de aer. Secter a folosit metoda de inducţie a privirii fixe combinată cu abordarea autoritară şi a susţinut că sugestiile hipnotice trebuie făcute ferm şi fără nici o ezitare din partea dentistului.

O procedură folosită de obicei este de a induce anestezia (aşa cum am discutat anterior în cadrul tratamentului pentru durerea acută) în altă parte a corpului, cum ar fi mâna sau degetul, şi apoi de a o transfera la nivelul întregii cavităţi bucale. Atunci pacientului i se spune: „Gura ta e complet amorţită, aşadar nu te poţi îneca. Este imposibil să te îneci". Secter a adăugat fraza: „Încearcă să te îneci şi bucură-te că nu vei reuşi". Înecarea poate să nu fie inhibată în mod direct de amorţeală. Totuşi, o demonstraţie clară a influenţei hipnotice prin inducţia şi transferul anesteziei generează încredere în puterea hipnozei, înainte de a se încerca gestionarea capriciilor reflexului. În consecinţă, sugestia „Îţi va fi imposibil să te îneci" este crezută şi urmată.

Henry Clarke (1996, 1997; Clarke şi Reynolds, 1991) a lucrat mulţi ani în domeniul hipnozei în medicina dentară. Ca parte a cercetărilor şi practicii sale, el a creat o tehnică unică de imaginare pentru a trata senzaţia de înecare (Clarke şi Persichetti, 1988). Odată hipnotizat, pacientului i se cere să îşi imagineze că „respiră printr-o deschizătură a gâtului" (zona cricotiroidă). Conceptul pus în joc este că oamenilor le este greu să se focalizeze pe regiunea faringiană în timpul unei proceduri dacă sunt preocupaţi de respiraţie, ocolind aşadar regiunea „înecăcioasă". Imaginea este menită să elimine principala grijă a pacientului privind capacitatea de a respira. Hipnoza continuă cu sugerarea „fluxului de aer proaspăt care intră şi iese pe gaură fără nici un fel de efort". Evident, unii pacienţi sunt mai degrabă descurajaţi de imaginea respirării printr-un orificiu din gât, dar acest obstacol poate fi depăşit folosind hipnoza pentru a „amorţi gâtul" sau respirând în alt fel creativ care este mai acceptabil pentru pacient.

Clarke şi Persichett (1988) au recomandat şi ei combinarea desensibilizării cu hipnoza pentru a-i familiariza pe pacienţi cu procedurile ce urmează să fie efectuate şi pentru a reduce sau a

elimina potenţialele nelinişti. Indivizilor li se cere, de obicei prin folosirea unei înregistrări audio pentru acasă cu o durată de aproximativ cinci minute, să exerseze diversele proceduri ce vor fi folosite în cazul lor.

Obişnuirea pacienţilor cu protezele (plăcile) dentare. Problema obişnuirii unui pacient cu un nou dispozitiv protetic poate fi abordată alt fel. Sub hipnoză, este sugerată o amintire a dinţilor originali. Acest lucru se face prin regresie, revenind la o perioadă în care pacientul încă avea dantură. El este instruit să îşi treacă limba peste dinţi, în mod imaginar, şi să îşi aducă aminte exact cum îi simţea. Apoi, i se spune că, de fiecare date când îşi va trece limba peste noua dantură, va reactiva amintirea dinţilor originali. În această tehnică este activată hipnotic memoria tactilă. Astfel atingerea noilor dinţi cu limba este transformată în semnalul-stimul ce reactivează amintirea familiară. Dantura începe să fie percepută drept cea originală pe măsură ce stimularea prin contact se combină cu amintirea experienţei din trecut. Aceeaşi procedură poate fi folosită pentru a se asigura adaptarea la orice nouă formaţiune din gură, cum ar fi o coroană, o punte sau o aplicaţie ortodontică ce poate părea ciudată la început. Ament (1955) a folosit principiul deformării timpului pentru a-i sugera pacientului că poartă acea proteză dentară de multă vreme şi că, în curând, ea va fi percepută ca şi cum ar fi fost montată demult.

Înecarea poate fi rezultatul unor conflicte adânc înrădăcinate legate de cavitatea bucală. În astfel de cazuri terapia hipnoanalitică este eficientă. Uneori este esenţială când nici una dintre abordările hipnotice mai sugestive sau mai autoritare nu a avut succes în faţa puternicei motivaţii contrare ascunse. Totuşi, hipnoanaliza nu este o procedură ce va fi folosită în mod obişnuit de dentist. Ea ar trebui utilizată doar dacă metodele mai simple au dat greş.

Salivarea. Sugerarea de către dentist a faptului că gura pacientului pare să fie plină cu biscuiţi uscaţi poate inhiba salivarea excesivă. Principiul implicat aici este de a sugera o stare asociată cu un răspuns fiziologic şi de a permite ca acel răspuns să apară indirect, ca o consecinţă.

Pacienţii cu fobii dentare. Goodman (comunicare personală către A.F.B., 2004) explică faptul că, deşi „curăţă şi îmbracă", un moment

în care pacientul este cel mai probabil sub hipnoză spontană, sunt utilizate în continuare sugestii metaforice şi subliminale pentru relaxare, confort şi siguranţă. Încetinirea respiraţiei prin limbajul nonverbal al corpului, exprimat sub forma calmului afişat de dentist, îi permite pacientului să se relaxeze şi mai mult.

Pacienţilor cu fobii dentare li se aplică sugestii hipnotice pentru a contrabalansa experienţele stomatologice negative din trecut şi a crea aşteptări pozitive cu privire la tratamentul actual. Ele sunt menite să pună baze noi pentru încredere, siguranţă, confort şi relaxare. În plus, mulţi fobici necesită o serie de şedinţe de inducţie formală pentru a li se oferi imprimarea şi întărirea optimă a sugestiilor hipnotice anterioare, împreună cu întărirea eului şi autohipnoza. Deseori, înregistrări audio ale întâlnirilor sau casete speciale sunt create pentru a-i permite pacientului să retrăiască şedinţele.

O tehnică recomandată de Goodman (2004) pentru copiii temători recunoaşte cât de rapide pot fi inducţia şi disocierea în cazul celor mici, atunci când este nevoie. El foloseşte deseori metafora zborului pe un covor fermecat spre Disneyland. Alternativ, este creată sub hipnoză implicarea într-o lume fantastică a desenelor animate în care comentatorul rosteşte sugestii hipnotice.

Corectarea obiceiurilor proaste. Suptul degetului în cazul pacienţilor copii poate fi inhibat sugerându-li-se sub hipnoză că degetul este amar. O altă abordare este deplasarea reacţiei spre încrucişarea degetelor. Cele două pot fi combinate. Suptul degetului este inhibat de sugerarea gustului amar. Nevoia este apoi transferată spre mişcarea mâinii sau, poate, spre altă formă de activitate bucală mai puţin dăunătoare, cum ar fi o mai mare plăcere de a mânca în timpul meselor. Aceleaşi proceduri de inhibare şi posibil transfer pot avea succes şi când copiii scot limba.

Secter (1961) a relatat folosirea cu succes a tehnicilor de întărire din terapia comportamentală înainte ca adepţii comportamentalismului să dezvolte complet aceste proceduri. Un copil care scotea limba şi îşi rodea unghiile a fost determinat, sub hipnoză, să vizualizeze o scenă foarte distinctă care începea cu senzaţiile negative. Aceasta a fost înlocuită apoi cu o imagine frumoasă, care a determinat disiparea senzaţiilor negative şi trăirea altora plăcute. Prima scenă a fost apoi legată prin sugestie hipnotică de stimulul scoaterii limbii. De fiecare dată când pacientul scotea limba, avea senzaţii negative,

dar, de îndată ce se oprea, ele dispăreau şi apăreau cele pozitive. Sigur că această procedură foloseşte principiile pedepsei şi întăririi pozitive pentru a elimina o reacţie nedorită (scoaterea limbii) şi a întări una constructivă (încetarea scoaterii limbii). După asocierea senzaţiilor negative cu scosul limbii şi a celor pozitive cu absenţa obiceiului, procedura a fost repetată în cazul rosului unghiilor, reuşind să înlăture şi acest obicei.

În cazul copiilor care îşi sugeau degetul, Marcus (1963) le-a atras atenţia asupra faptului că: a) deşi este în regulă să faci asta când eşti copil, adulţii nu îşi sug degetul; b) cineva devine „mai drăguţ" atunci când renunţă la acest obicei. Fetiţele pot fi întrebate dacă păpuşile lor îşi sug degetul. Este important ca cei mici să nu fie făcuţi de ruşine pentru astfel de comportamente deoarece frica şi jena sunt deseori unele dintre cauzele principale ale reacţiilor. Rareori, o atenţie considerabilă acordată nevoilor copilului (cum ar fi dorinţa de a creşte mare) îi va permite medicului să îşi planifice sugestiile şi imaginile pentru a-i creşte pacientului motivaţia naturală şi pentru a culege roadele sale în scopul de a elimina proastele obiceiuri.

Bruxismul. Bruxismul sau scrâşnitul din dinţi este unul dintre cele mai dăunătoare obiceiuri dentare. Frecarea dinţilor între ei, deseori în timpul somnului, este deosebit de vătămătoare. Unii oameni îşi uzează complet smalţul dinţilor şi trebuie să îi scoată cu totul. O serie de proceduri, unele folosind hipnoza, au fost folosite pentru tratarea acestei afecţiuni.

Clarke (1997) a început făcându-l pe pacient să experimenteze hipnoza prin diverse imagini, fraze şi sugestii hipnotice legate de tratarea bruxismului. El a obţinut o reacţie cu privire la sugestiile cu cea mai mare probabilitate de a fi eficiente pe care le-a inclus într-o înregistrare audio destinată autohipnozei, ce urma să fie realizată în şedinţa următoare. Clarke a subliniat că explorarea acestor trăiri împreună cu pacientul nu este o cercetare psihologică, ci un simplu proces menit să descopere cele mai puternice zone de implicare hipnotică a individului şi preferinţele sale în materie de imagini. El a colaborat cu pacientul pentru a determina cea mai utilă sugestie şi a o include în viitoarea înregistrare audio.

Pentru bruxismul nocturn, înregistrarea durează de obicei în jur de 15 minute. Pacienţii sunt instruiţi să o asculte în fiecare seară,

înainte de culcare. La sfârşitul înregistrării, sunt oferite sugestii hipnotice pentru trecerea din hipnorelaxare în somn profund. Unii pacienţi încep să adoarmă înainte de sfârşitul casetei, dar, din experienţa lui Clarke, aceasta nu constituie o problemă. Primele faze ale somnului sunt, în general, o stare hipnoidă în care pacientul rămâne conştient de sugestii. Cei care scrâşnesc din dinţi în timpul zilei ascultă înregistrarea o dată sau de două ori pe zi, într-un loc relaxant. Sugestiile de la final sunt pentru revenirea la „starea obişnuită de conştienţă, perfect treaz, împrospătat, relaxat şi alert". Casetele care se ascultă timpul zile nu au, de obicei, o durată mai mare de zece minute. Inducţia hipnotică foloseşte concentrarea asupra respiraţiei relaxate, destinderea treptată a muşchilor şi valuri calmante din cap până în picioare. Imaginea include : a) maxilarul atârnând ca un hamac sau ca o eşarfă ; b) muşchii moi, liniştiţi şi relaxaţi ; c) vasele sangvine dilatate şi calde ; d) hrănirea ţesuturilor ; e) împachetări calde ; f) împachetări reci ; g) o baie fierbinte ; h) soare sau schi ; i) plimbarea, plutirea sau călăritul. Clarke a folosit şi un număr de sugestii hipnotice pozitive adiţionale, printre care : a) „buzele lipite, dinţii despărţiţi" ; b) „nici o problemă care să merite să îţi mănânci sufletul pentru ea" ; c) „acum mai degrabă tu îţi controlezi relaxarea decât te controlează stresul pe tine" ; d) „poţi avea grijă de tine" ; e) „priveşte lumea cu simţul umorului" ; f) „zâmbeşte în interior şi la exterior" ; g) „corpul e tot ce ai mai de preţ şi îi datorezi respectul sănătăţii".

Sugestiile-cheie, atât pentru caseta care se ascultă în timpul nopţii, cât şi pentru cea din timpul zilei, sunt ca pacientul să simtă : a) o conştientizare sporită a tensiunii musculare nenecesare şi contraproductive ; b) o capacitate crescută de a se relaxa ; c) frazele şi imaginile lui speciale care vor declanşa relaxarea musculară ; d) faptul că procesul va funcţiona automat, fie că este treaz sau doarme. Aceste sugestii sunt făcute la începutul înregistrării şi repetate de cel puţin două sau trei ori pe parcursul ei. Rezultatele acestei abordări complete arată, de obicei, o îmbunătăţire suficientă în patru-cinci săptămâni, permiţând aşadar o verificare a progresului după această perioadă. Pentru a-i încuraja pe pacienţi să vină la control, medicul nu taxează această şedinţă. Se consideră că aceasta încurajează folosirea în continuare a casetei. Din punct de vedere psihanalitic, un astfel de individ este deseori privit ca având un grad semnificativ de furie reprimată, pe care şi-o exprimă, asemenea

viselor, în timpul somnului. Abordarea orientată psihodinamic va necesita ca, prin intermediul abreacţiei sau al altor tehnici analitice, să fie eliberată furia reprimată, descoperite originile sale şi obţinută o reintegrare a personalităţii. Acest lucru poate fi necesar dacă abordările sugerate mai sus nu au succes. Totuşi, un astfel de tratament este foarte complicat şi de obicei necesită trimiterea la un psihoterapeut specializat în analiză sau hipnoanaliză.

Rezumat

Hipnoza nu poate înlocui numeroasele anestezice sau analgezice chimice şi alte tehnici dentare ce au fost dezvoltate până la stadiul lor actual de eficienţă, dar poate servi ca adjuvant valoros şi, în unele cazuri, va oferi pârghiile care fac posibilă tratarea cu succes a unor cazuri considerate anterior imposibile.

Dentiştii care capătă experienţă în hipnoză nu doar mai au la dispoziţie o modalitate şi o tehnică adiţională pentru a-şi îmbunătăţi practica, ci, studiind metoda, vor învăţa multe şi despre psihologia umană. Ei sunt mai bine pregătiţi pentru a face faţă pacientului şi reacţiilor sale la intervenţiile efectuate în cavitatea bucală.

CAPITOLUL 16

Hipnoza pentru probleme speciale

Sindromul colonului iritabil

Sindromul colonului iritabil (SCI) sau colonul spastic este o afecţiune comună care acoperă până la jumătate din cazurile de care se ocupă gastroenterologii. Contracţiile şi destinderile neregulate ale intestinelor au ca rezultat obiceiuri distructive ale colonului. Printre simptome se numără constipaţia, diareea, crampele, balonarea, gazele şi durerea de lungă durată. Simptomele extracolon obişnuite sunt : letargia, greaţa şi durerile de spate. Pacienţii cu SCI au şi praguri mai scăzute de rezistenţă la durere şi disconfort cu o sensibilitate crescută la stimulii viscerali (Naliboff, Munakata, Chang şi Mayer, 1998). Ei manifestă şi o vigilenţă crescută faţă de evenimentele negative anticipate (Lembo *et al.*, 2000). De obicei simptomele nu răspund la medicaţie şi, per total, tratarea cu „alaiul" medicinii convenţionale este deseori nesatisfăcătoare. Drept rezultat, pacienţii cu SCI de obicei vin la consultaţii repetate şi îşi vizitează frecvent medicii de familie pentru tulburări minore (Gonsalkorale, Miller, Afzal şi Whorwell, 2003). Impactul socioeconomic este enorm.

Spre deosebire de eşecul intervenţiilor medicale convenţionale, hipnoterapia direcţionată spre zona intestinelor s-a dovedit extrem de eficientă pentru tratarea SCI. Majoritatea pacienţilor manifestă ameliorări substanţiale ale simptomelor şi ale calităţii vieţii. Mai multe studii independente au confirmat, în mod consecvent, aceste îmbunătăţiri (Galovski şi Blanchard, 1998 ; Gonsalkorale, Houghton şi Whorwell, 2002 ; Harvey, Hinton şi Gunary, 1989 ; Houghton, Heyman şi Whorwell, 1996 ; Palsson, Turner şi Johnson, 2002 ; Whorwell, Prior şi Colgan, 1987 ; Whorwell, Prior şi Faragher, 1984). Protocolul hipnoterapeutic orientat spre zona intestinală, creat de

Gonsalkorale şi colaboratorii săi (2002), include o serie de 12 şedinţe a câte o oră, ce au loc săptămânal, pe o perioadă de trei luni.

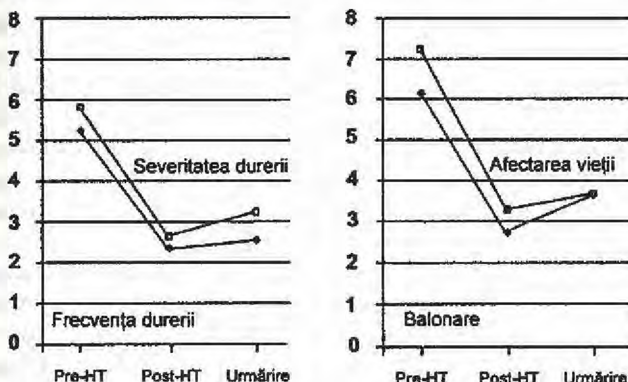


Figura 16.1. Graficele arată reducerea simptomatologiei colonului iritabil după hipnoterapie şi urmărire (date adaptate de A. Barabasz şi J. Roark după Gonsalkorale, Miller, Afzal şi Whorwell, 2003)

În afara şedinţei iniţiale de evaluare, fiecare întâlnire implică inducerea hipnozei şi adâncirea ei, urmată de sugestii pentru întărirea eului adaptate fiecărui pacient. Sugestiile specifice includ inducerea căldurii în abdomen folosind mâinile şi imaginaţia. Altele sunt direcţionate spre controlul specific şi normalizarea funcţiilor gastrointestinale.

Succesul enorm al acestei tehnici, iniţiată de Whorwell şi colaboratorii săi (1984), a dus în final la înfiinţarea unui unităţi de tratare a SCI, sponsorizată de National Health Service din Anglia, care s-a axat exclusiv pe hipnoterapie. Primii 250 de pacienţi trataţi aici au fost urmăriţi pe termen lung, confirmându-se efectele benefice ale metodei în majoritatea cazurilor (Gonsalkorale *et al.*, 2002).

Poate şi mai impresionantă a fost cercetarea făcută de Gonsalkorale şi colaboratorii săi (2003) care a inclus urmărirea a peste 200 de pacienţi pentru a se determina efectele pe termen lung ale hipnozei asupra diminuării simptomelor, a numărului de consultaţii şi a utilizării sau întreruperii medicaţiei specifice. În rândul celor 273 de

pacienţi cărora li s-au trimit chestionare, s-a descoperit o rată de răspuns neobişnuit de mare : 204. Rezultatele pozitive erau şi rezonabil distribuite de-a lungul timpului de la completarea tratamentului, între 20 şi 30% în fiecare categorie, mergând de la 1-2 ani până la cinci ani de când hipnoterapia fusese urmată în unitatea specială.

Dintre cei 71% din pacienţi care au reacţionat prima dată la hipnoterapia pentru controlul SCI, 81% şi-au menţinut de-a lungul timpului starea ameliorată, în vreme ce majoritatea celorlalţi 19% au remarcat că agravarea simptomelor a fost slabă. Remarcabil, nu a existat nici o diferenţă semnificativă în evaluarea simptomelor între pacienţii testaţi la un an, doi, trei, patru şi peste cinci ani de la tratament. Nivelele de depresie şi anxietate erau asemănător diminuate cu o minimă agravare. Impactul socioeconomic a fost şi el evident în faptul că majoritatea pacienţilor au raportat o diminuare substanţială a numărului de consultaţii şi limitarea (sau încheierea) tratamentului medicamentos în urma hipnoterapiei, acestea fiind menţinute de-a lungul perioadei de urmărire. Descoperirea faptului că respondenţii au continuat să îşi amelioreze starea după finalizarea hipnoterapiei nu poate fi explicată de folosirea tratamentelor lor obişnuite. Doar 9,7% (14 pacienţi) au încercat alte soluţii – inclusiv schimbări ale dietei, medicamente alternative şi yoga – şi le-au considerat utile. Aproape în toate cazurile hipnoterapia a fost bine primită de pacienţi. 93% din întregul grup a considerat că şedinţele au meritat efortul, inclusiv toţi respondenţii şi peste trei sferturi dintre nonrespondenţi.

Cei care doresc să considere că efectele hipnozei nu sunt nimic mai mult decât efecte placebo ar trebui să remarce nivelul crescut de răspuns la placebo în rândul pacienţilor cu SCI. Totuşi, astfel de reacţii obţinute în cazul acestor bolnavi pot dura până la trei luni. Descoperirile lui Gonsalkorale şi ale colaboratorilor săi (2003) privind efectele susţinute pe termen lung fac ca efectul placebo să fie o explicaţie puţin probabilă. Ameliorările au durat cel puţin un an şi au rămas la acelaşi nivel mai mult de cinci ani ! În plus, nonrespondenţii nu au manifestat o ameliorare semnificativă în perioada de urmărire, făcând puţin probabil faptul că îmbunătăţirile observate în cazul celor care au reacţionat pozitiv să fie datorate cursului firesc al afecţiunii. Rezultate foarte asemănătoare au fost obţinute şi în alte clinici care au folosit hipnoza pentru SCI (Barabasz, în curs de apariţie ; Galovski şi Blanchard, 1998 ; Gonsalkorale *et al.*, 2002 ; Palsson *at al.*, 2002). În fiecare dintre medii, bărbaţii

erau mai predispuşi la a nu răspunde decât femeile. Pare limpede că efectele benefice ale hipnoterapiei pentru SCI sunt durabile şi că ameliorările continue în urma hipnozei sunt ceva obişnuit.

Klein şi Spiegel (1989) au arătat că hipnoza ar putea fi folosită pentru a inhiba, dar şi pentru a stimula secreţia de acid gastric. Folosind starea hipnotică, s-a constatat o diminuare cu 39% a secreţiei de acid clorhidric gastric şi o reducere cu 11% a eliminării de acid stimulată de pentagastrină. Acest efect fiziologic direct al hipnozei poate justifica în mare parte capacitatea hipnoterapiei de a preveni recidiva. Colgan, Faragher şi Whorwell (1988) au testat metoda în privinţa prevenirii recidivei ulcerului duodenal folosind un tipar atent controlat şi o urmărire pe timp de un an. În mod remarcabil, toţi pacienţii care au fost vindecaţi cu medicamente au recidivat, dar dintre cei care au primit şi hipnoterapie doar jumătate au suferit o revenire a bolii.

Palsson (1998) a creat singurul protocol hipnotic standardizat pentru SCI. Spre deosebire de abordările celorlalţi, care sunt concentrate asupra intestinelor, întăririi eului şi creşterii controlului asupra colonului, strategia lui Palsson a fost concepută într-o altă paradigmă. Este menită în special să neutralizeze procesarea cognitivă a anormalităţilor legate de simptome, caracteristică pacienţilor cu SCI care, toţi, sunt predispuşi la o somatizare crescută (atenţie excesivă acordată senzaţiilor fizice normale şi simptomelor minore).

Abordarea lui Palsson din 1998 îşi propune în mod sistematic modificarea percepţiilor pacientului şi a focalizării atenţiei asupra simptomelor şi senzaţiilor fizice, cu o reducere în modalitatea ţintită a celor două tendinţe psihologice prost adaptate de a transforma în catastrofă şi nevroză viaţa în general şi senzaţiile de la nivelul colonului în special. După adâncirea transei, sugestiile hipnotice care se leagă de fiecare dintre scenele imaginare includ o schimbare graduală spre sugestii hipnotice directe cu privire la modificarea experienţelor curente. Hipnoza implică sugestii pentru a crea atât o distanţare, cât şi discontinuitate între evenimentele din viaţa pacientului şi activitatea colonului. Focalizarea este asupra creşterii nivelelor inconştiente de acceptare a senzaţiilor normale. Intervenţia este atât graduală, cât şi indirectă, astfel încât nu intră în conflict cu structura cognitivă actuală a pacientului, provocând rezistenţă. Protocolul este conceput astfel încât să ocolească pe cât posibil gândirea critic-analitică, amânând toate sugestiile directe privind schimbarea spre

sfârşitul unei serii de scene extrem de liniştite. Palsson a subliniat că imaginile implică „o formă de dublă disociere, cu scopul de a suspenda schemele de gândire critice obişnuite" (Palsson, comunicare personală, 2004). Conceptualizarea schimbărilor specifice şi a focalizării atenţiei sunt cheia spre efectele clinice profunde şi durabile ale protocolului.

Spre deosebire de alte abordări care folosesc hipnoza pentru pacienţii cu SCI, anterioare tehnicii lui Palsson, care foloseau sugestii mai generale sau adaptate, cum se întâmpla în cazul grupurilor Gonsalkorale, Whorwell sau al meu (Barabasz, în curs de apariţie), Palsson s-a străduit să creeze ceva ce ar putea fi folosit cu încredere pentru toţi cei cu SCI, fără a se devia de la procedură. Detaliatul protocol întins pe şapte şedinţe este conceput pentru a fi livrat verbal, oferind astfel o documentare ştiinţifică a intervenţiilor exacte folosite şi crescând potenţialul de replicabilitate şi generalizare în rândul cât mai multor medici. Până la această oră este singurul protocol oral complet standardizat pentru SCI care a fost testat.

Pentru a produce o tehnică utilă tuturor pacienţilor – sau cel puţin celor cu un anume grad de hipnotizabilitate, indiferent de celelalte caracteristici personale ale lor –, aceasta trebuia să includă un stil destul de direct al instrucţiunilor şi să se bazeze pe descrieri detaliate ale imaginilor în loc să invite fiecare persoană să-şi închipuie majoritatea detaliilor. Palsson a recunoscut că unii pacienţi sunt mult mai pricepuţi decât alţii în dezvoltarea propriilor vizualizări, aşa încât s-a concentrat pe crearea unei proceduri care să producă efecte clinice însemnate pentru un număr cât mai mare de oameni.

Palsson (comunicare personală, 2004) a explicat: „Aproape că nu au existat pacienţi în cabinetul meu care să nu-şi poată imagina scenele din protocolul acesta, şi asta datorită detalierii şi structurii fixe". El a subliniat că este mai bine să-l ajuţi pe pacient să disocieze ducându-l într-o stare de hipnoză profundă şi într-o scenă şi încurajându-l cu fermitate să-şi exercite imaginaţia cu cât mai multe simţuri; aşadar, el a folosit inclusiv sunete, atingeri, culori, texturi, temperaturi şi mirosuri. Acest lucru este obţinut sub forma unor sugestii hipnotice şi întrebări cum ar fi „Poate remarci un miros... dacă da, care este acela?". În ciuda acestui aspect cu final deschis al procedurii, scopul rămâne o administrare cuvânt cu cuvânt care poate fi folosită pentru toţi pacienţii cu SCI.

Protocolul standardizat al lui Palsson (1998) începe prin a-i aminti medicului să confirme mai întâi faptul că pacientul a fost diagnosticat cu sindrom de colon iritabil de către un medic, de preferinţă de către un gastroenterolog. Bolnavilor li se cere să-şi noteze simptomele într-un jurnal zilnic, ceea ce produce o evaluare sumativă a durerii abdominale, balonării şi consistenţei colonului pe o perioadă de 14 zile, oferind o testare rapidă a îmbunătăţirii stării. Pacientului i se atrage atenţia că deseori ameliorarea nu este observată decât la jumătatea tratamentului. Apoi acesta beneficiază de şapte şedinţe de hipnoză standardizată, programate aproximativ la fiecare două săptămâni, pe o perioadă de 12 săptămâni. Scenariile sunt menite să fie respectate întocmai, cu excepţia părţii de inducţie, care trebuie adaptată răspunsului hipnotic specific al individului, pentru a se asigura o anume profunzime.

După a doua şedinţă de tratament, pacienţilor li se oferă o înregistrare audio pentru exerciţiile de acasă, care este realizată cu vocea terapeutului şi urmăreşte cuvânt cu cuvânt scenariul destinat acestui scop. Pacienţii sunt instruiţi să folosească înregistrarea ori de câte ori este posibil, dar nu mai puţin de cinci ori pe săptămână. Ei sunt încurajaţi să continue să exerseze până după încheierea ultimei şedinţe de hipnoză. De asemenea, sunt încurajaţi ca, o dată, să încerce să facă exerciţiile pentru acasă şi fără casetă, dacă doresc. De îndată ce pacientul se familiarizează cu limbajul înregistrării, el poate exersa oriunde, oricând, fără să depindă de aparatura audio.

Fumat

Fumatul este un factor-cheie de risc într-o gamă largă de afecţiuni grave. Conform raportării chirurgicale generale către U.S. Department of Health and Human Services (1990), în fiecare an, peste 400.000 de decese din America pot fi legate direct de consumul de tutun. Aproape jumătate dintre dependenţii de fumat încearcă să renunţe anual, însă, în cel mai bun caz, probabil doar 5% dintre cei care solicită ajutor profesionist în această privinţă ar putea reuşi pentru o perioadă semnificativă de timp (Giovino, Henningfield, Tomar, Escobedo şi Slade, 1995). Din cauza numărului mare de agenţi care dau dependenţă din tutunul pentru ţigări, renunţarea la obicei nu este uşoară. Mai mult, fumatul este întărit în multe instanţe ca

mijloc de relaxare, de reducere a anxietății și de inhibare a furiei. El este asociat și cu ajutorul în depășirea timidității în societate.

Nu numai că fumatul satisface multe nevoi psihologice ale unor oameni, dar fumătorul trece rapid prin schimbări fiziologice atunci când se adaptează consumului de țigări, acestea ducând la simptome dureroase în momentul renunțării. Într-un proiect realizat în colaborare cu biochimiști, Helen Crawford și colegii ei au efectuat o cercetare a potențialului cognitiv EEG legat de eveniment al fumătorilor și nefumătorilor (Crawford, McClain-Furmanski, Castagonli și Castagonli, 2002). Descoperirile au arătat că fumătorii cronici au mult mai puțină monoaminooxidază în sânge și în creier decât au de obicei abstinenții și, atunci când se lasă, nivelele par să crească din nou după un timp. Consumatorii de tutun se autoidentifică în funcție de numărul de țigări fumate, ceea ce ridică serioase semne de întrebare cu privire la metodele comportamentale care le sunt dedicate, cum ar fi aceea care îi determină să-și ruleze singuri țigările pentru a reduce consumul. Să li se ceară să fumeze cantități necunoscute de tutun, pe care l-au rulat singuri, ridică noi probleme. Principala întrebare pe care Crawford o pune se leagă de etica familiarizării fumătorilor cu o nouă metodă de fumat.

Mulți oameni au renunțat la fumat doar pentru a se trezi mai târziu, uneori chiar după ani de zile de abstinență, că aprind o țigară la cea mai mică provocare. Terapeutul care tratează fumatul se confruntă cu un pacient al cărui obicei compulsiv este puternic întărit, încetarea acestuia determinând tensiune, anxietate, durere și câștig inițial în greutate din cauza reajustării metabolismului lipoproteic. Cea mai mică recidivă duce, de obicei, la o reinstalare completă a comportamentului.

S-au conceput mai multe abordări, în general pe principiul reîncadrării angajamentului persoanei față de sănătate și viață. Literatura de specialitate a devenit voluminoasă. Aproape fiecare tehnică descrisă a reușit să ducă la rezultate cu diverse procente de succes, majoritatea situându-se între 20% și un procent pretins de 90% referitor la întreruperea obiceiului (Green, 2004). Totuși, studiile de urmărire au arătat o rată mare de recidivism, având în vedere că un număr substanțial de noi abstinenți sunt convinși să-și reia obiceiul de îndată ce se află în compania unor fumători sau în fața unor situații tensionate.

O evaluare a hipnozei ca intervenţie clinică susţinută empiric (Lynn, Kirsch, Barabasz, Cardena şi Patterson, 2000) a ajuns la concluzia că procedurile din domeniu sunt foarte eficiente din punctul de vedere al costurilor şi au câştigat un loc între primele tratamente din abordările pas cu pas care încep cu intervenţia cel mai puţin costisitoare şi care consumă cel mai puţin timp. Studiile asupra hipnozei pentru renunţarea la fumat menite să demonstreze specificitatea procedurilor şi să treacă hipnoza în zona tratamentelor cu susţinere empirică trebuie să facă şi mai multe eforturi pentru a include măsurătorile biochimice ale abstinenţei, dincolo de raportările subiective ale pacienţilor (cum ar fi testarea cu cotinină). Totuşi, Green şi Lynn (2000) au tras concluzia că intervenţiile hipnotice duc, în general, la rate mai mari de abstinenţă în comparaţie cu listele de aşteptare şi cu condiţiile de control non-tratament.

În poate una dintre cele mai inovative abordări ale problemei fumatului, H. Spiegel (1970) a descris o abordare de o singură şedinţă care le oferă unor pacienţi oportunitatea de a-şi pune problemele într-o nouă perspectivă. Metoda a fost perfecţionată conform descrierii lui Spiegel şi Spiegel (1978) şi, mai recent, în Spiegel şi Spiegel (2004). Odată ce i-a fost testată hipnotizabilitatea şi a fost indus într-o stare hipnotică folosindu-se *Profilul Inducţiei Hipnotice* (HIP ; analizat în capitolul 4), pacientul este expus procedurilor de adâncire şi i se cere să se concentreze asupra a trei chestiuni principale :

1. Pentru corpul tău, fumatul este otravă. Eşti alcătuit dintr-o serie de componente, dintre care cel mai important este corpul tău. Fumatul este otravă nu atât pentru tine, cât pentru corpul tău.
2. Nu poţi trăi fără corpul tău ; corpul tău este o uzină fizică preţioasă prin intermediul căruia îţi trăieşti viaţa.
3. În măsura în care vrei să trăieşti, îi datorezi corpului tău respect şi protecţie. Acesta este modul tău propriu de a conştientiza natura fragilă, preţioasă a corpului tău şi, în acelaşi timp, o cale de a te vedea ca un paznic al trupului tău. Eşti într-adevăr paznicul corpului tău. Când îţi iei acest angajament de a-ţi respecta corpul, ai în tine puterea de a-ţi fi fumat ultima ţigară.

Cele trei sugestii sunt repetate şi elaborate în timp ce pacientul rămâne sub hipnoză. Apoi el învaţă autohipnoza, astfel încât ideile pot fi întărite. Pacientul este instruit să o folosească de regulă de trei

până la zece ori pe zi. Cercetarea iniţială (H. Spiegel, 1970) a raportat că, dintr-un grup de 615 pacienţi, 271 au răspuns la un chestionar la 6 luni după tratament. Un total de 120 de „fumători înrăiţi" renunţaseră de cel puţin jumătate de an, iar alţi 120 reduseseră semnificativ numărul de ţigări.

Cei doi Spiegel (H. Spiegel şi D. Spiegel, 2004) au recunoscut că o terapie mai îndelungată sau mai intensivă ar duce la un procent mai mare de respondenţi. Ei au remarcat şi că un tratament mai lung sau mai implicat ar putea fi mai potrivit pentru acei pacienţi care sunt mai hotărâţi să se lase de fumat. Ideea abordării într-o singură şedinţă este pur şi simplu aceea de a maximiza răspunsul terapeutic cu timp şi costuri minime. Totuşi, şedinţele suplimentare sunt considerate utile la diverse intervale după restructurarea cognitivă iniţială care are loc ca urmare a sugestiilor hipnotice. Este o tehnică simplă, care necesită timp şi costuri minime şi care poate fi folosită pe scară largă în ajutorul cât mai multor pacienţi. Evident că alţii s-ar putea să beneficieze de pe urma unui tratament mai implicat, în vreme ce unii vor rămâne insensibili la orice abordare. Procedura, deşi pare doar o simplă aplicare a protocolului dat, s-a dovedit a fi mult mai eficientă când este folosită de medici experimentaţi în locul începătorilor în domeniu (Barabasz, Baer, Sheehan şi Barabasz, 1986).

O examinare a câtorva studii privind hipnoza pentru renunţarea la fumat arată că medicii cu experienţă în mediul ambulatoriu (vezi, de pildă, Barabasz *et al.*, 1986 ; Elkins şi Hasanrajab, 2004 ; Spiegel şi Spiegel, 2004 ; H. Watkins, 1976) au raportat rate de abstinenţă considerabil mai mari decât cele obţinute de laboratoare universitare care folosesc protocoale administrate de obicei de către studenţi neexperimentaţi sau instructori universitari. Această anomalie din literatura de specialitate, în combinaţie cu lipsa de accent pe un număr adecvat de şedinţe sau pe stabilirea unei relaţii clinice potrivite, ar putea fi responsabilă de ceea ce unii consideră a fi „rezultate mixte".

Curios, însă numai un studiu pare să fi abordat problema direct. A. Barabasz şi colaboratorii (1986) au obţinut date din urmărirea clinică a 307 clienţi pe o perioadă de 36 de luni după terapia împotriva fumatului prin hipnoză şi restricţionarea stimulării ambientale. Nivelul de experienţă al medicilor, durata contactului şi grija pentru proceduri au variat în condiţiile a şase intervenţii hipnotice experimentale pentru renunţarea la fumat. O a şaptea intervenţie a combinat hipnoza cu terapia REST, în cadrul căreia pacienţii au petrecut între o oră şi

o oră şi jumătate întinşi în condiţii de izolare fonică şi întuneric, cu un nivel scăzut de zgomot alb, acesta reprezentând fundamentul pentru protocolul de inducţie hipnotică.

Principalele descoperiri ale cercetării au arătat că rezultatele pozitive ale tratamentului sunt legate de hipnotizabilitatea crescută, măsurată conform *Scalei Stanford a Hipnozei Clinice*, absorbţiei crescute, nivelului ridicat al experienţei clinice, grijii mai mari acordate procedurilor şi unui contact mai îndelungat între client şi terapeut. Intervenţia cel mai puţin eficientă (4% abstinenţi după numai 4 luni de urmărire) a implicat interni aflaţi în pregătire predoctorală în psihologie care au folosit o abordare într-o singură şedinţă. Medicii experimentaţi, cu un minim de 6.000 de inducţii hipnotice efectuate de-a lungul multor ani, au obţinut, de obicei, rate de abstinenţă între 30 şi 36% la urmărirea pe termen lung (18 luni), sugestiile hipnotice fiind administrate fie în grup, fie individual. De obicei, procesul nu includea mai mult de două şedinţe, o evaluare iniţială şi o testare a hipnotizabilităţii ce durau aproximativ 90 de minute, urmate de o a doua întâlnire de 90 de minute care continua experimentarea hipnozei şi administra sugestii pentru renunţarea la fumat. Dat fiind faptul că internii lipsiţi de experienţă au obţinut doar o rată de abstinenţă de 4% după 4 luni, este remarcabil că medicii experimentaţi care, dintr-un motiv sau altul, s-au văzut cu clienţii lor doar pentru evaluare şi orientarea iniţială, fără hipnoză împotriva fumatului, au obţinut o rată de abstinenţă de 6%.

De la studiul lui A. Barabasz şi al colaboratorilor săi (1986), cabinetul meu (A.F.B.) şi-a perfecţionat practicile adăugând inducţii hipnotice adaptate suplimentare, tehnici de adâncire şi sugestii modelate în funcţie de fiecare pacient. Aceştia plătesc înainte pentru un tratament de trei până la cinci şedinţe (un total de aproximativ 5 ore) ce urmează să se desfăşoare de-a lungul a 10 zile. Evaluarea psihologică, a istoricului privind fumatul şi a informaţiilor legate de hipnotizabilitate, dar şi o introducere în fenomenologia hipnotică au loc în prima şedinţă. A doua pune accent pe angajamentul clientului de a-şi proteja de rău propriul corp, conform procedurii Spiegel şi Spiegel (2004). După adâncire, sugestiile hipnotice sunt atent adaptate clienţilor individuali pornind de la istoricul lor ca fumători şi de la natura sensibilităţii lor la hipnoză. Şedinţele următoare modelează inducţia hipnotică în funcţie de fiecare persoană, pentru a se obţine maximul de profunzime şi receptivitate hipnotică. Se fac eforturi

considerabile pentru a se asigura că predarea autohipnozei, aşa cum au descris cei doi Spiegel, nu este percepută ca o strategie de a se arunca responsabilitatea tratamentului pe umerii pacientului. Deseori, între vizite, se fac urmăriri prin telefon, iar informaţiile obţinute de aici şi din alte şedinţe sunt utilizate pentru perfecţionarea inducţiei şi sugestiilor hipnotice suplimentare. Pentru a verifica abstinenţa raportată de pacienţi, terapeuţii au considerat că o tehnică utilă este folosirea testului cu cotinină. În ultimii ani, cabinetul meu (A.F.B.) a renunţat la el, deoarece mai puţin de 1% dintre clienţi minţeau în această privinţă. Rata obişnuită de abstinenţă, menţinută la urmăririle de după 12-18 luni, este de 45-48%.

H. Watkins (1976) a descris o abordare individualizată care implică cinci şedinţe săptămânale. Rata de succes iniţial a fost raportată ca fiind de 78%, 67% dintre persoane menţinând abstinenţa şi după 6 luni. La fel ca în cazul tehnicii Barabasz *et al.* (1986), se obţine un istoric iniţial al fumătorului menit să determine motivele clientului de a fuma şi senzaţiile obţinute în urma comportamentului. Hipnoza a fost adaptată pe baza analizei lui Barabasz privind motivaţiile pacientului, o serie de trei sugestii şi două imagini fiind selectate din dosarul protocoalelor standard. S-a folosit o tehnică de inducţie „concentrare-relaxare" şi pacientului i s-au prezentat, în timpul celei de-a doua şi a treia şedinţe, o sugestie selectată şi o vizualizare. Un exemplu adaptat pacientului în cauză este următorul :

1. *Sugestia relaxării*. „Îmi spui că fumatul te calmează, că este relaxant şi te linişteşte, dar ce e atât de grozav la o ţigară care îţi taie respiraţia şi îţi lasă gura uscată de parcă ar fi plină cu bumbac ? O ţigară poate părea relaxantă pentru că faci o pauză ca să te întinzi după ea, să o scoţi din pachet, să o aprinzi şi să tragi adânc în piept. Îţi oferă un moment relaxant, lipsit de tensiune. Dar sunt şi alte feluri în care poţi obţine acelaşi efect, acelaşi moment de relaxare. Am să te învăţ o metodă prin care să obţii acelaşi efect inspirând adânc, expirând încet şi spunându-ţi să te relaxezi. Fă asta acum – trage adânc aer în piept. Inspiră, expiră încet şi spune-ţi să te relaxezi."
2. *Sugestia victoriei*. „Îmi spui că vrei să simţi că îţi învingi obiceiul de a fuma, să ai un sentiment de voinţă şi autocontrol – o senzaţie că ai câştigat în faţa acestui viciu. Poţi avea acea senzaţie făcând următoarele : de fiecare dată când iei un pachet de ţigări

şi îl pui imediat jos, acest sentiment al victoriei te va cuprinde. Te vei simţi bine şi puternic. Este ca şi cum ai câştiga bătălii una după alta. De fiecare dată când repeţi acest comportament de a spune «Nu» unei ţigări, în imaginaţie sau în realitate, vei câştiga o bătălie după alta, până la victoria finală – victoria asupra obiceiului tău de a fuma."

Sentimentul plăcut pe care cineva îl are când pune jos pachetul este întărirea imediată. Asta tinde să crească probabilitatea ca, pe viitor, chiar să pună jos pachetului fără să fi fumat.

3. *Sugestia furiei*. „Îmi spui că fumezi pentru a-ţi înăbuşi furia şi frustrarea; vezi fumatul ca pe un fel de a gestiona furia, dar amândoi ştim că asta nu-ţi rezolvă problema. Fumatul ajunge să-ţi facă rău fizic şi nu-ţi poate descărca sau controla sentimentele. Dacă eşti supărat pe cineva, exprimă acele sentimente într-o manieră constructivă. Dacă nu poţi, atunci eliberează energia mânioasă prin exerciţii fizice, lovind o pernă sau imaginându-ţi că ai în mână o mică minge din cauciuc pe care o strângi cum vrei. Încearcă asta acum. Imaginează-ţi că ai în mână o mică minge din cauciuc şi o strângi; continuă să te joci cu ea până când îţi oboseşte mâna."
4. *Imaginea costurilor*. „Ţigările costă [inserează costul curent] pachetul. Îmi spui că fumezi două pachete pe zi. Asta înseamnă că trebuie să dai [inserează suma] pe zi pentru ţigări. Înmulţeşte [inserează suma] cu 7, ceea ce înseamnă [inserează totalul] pe săptămână. Dacă înmulţeşti [inserează suma zilnică înmulţită cu numărul de zile din an], atunci anual dai pe ţigări [inserează suma totală] – şi pentru ce? Pentru un obicei care te face să te simţi groaznic, un obicei care îţi distruge sănătatea. Nu ţi-ar plăcea să foloseşti banii ăştia pentru altceva – pentru ceva care te-ar face să te simţi fericit şi nu trist? Dacă te laşi de fumat, meriţi să cheltuieşti banii pe care îi economiseşti pentru a-ţi cumpăra ceva care nu se va risipi în fum. Gândeşte-te acum la ce ţi-ar plăcea să cumperi cu [inserează suma pentru întreg anul] pe care i-ai economisi într-un an, poate ceva ce ţi-ai dorit mereu, dar ai considerat că e un lux prea mare. Cumpără chiar acum acest obiect în imaginaţia ta şi experimentează folosirea lui. Simte plăcerea în vreme ce eu tac timp de un minut."

Folosind această imagine, Helen Watkins îşi motiva clienţii descriind un ţel plăcut, pe termen lung, căruia i se puteau dedica. Le sugera ca, după trezirea din hipnoză, să pună într-un borcan de sticlă sau într-un recipient special banii pe care îi economiseau renunţând la ţigări, unde să-i poată vedea cum se acumulează zilnic.

5. *Ziua în care nu se fumează*. „Imaginează-ţi că a venit ziua în care nu mai fumezi. Traversezi spre această clădire. Aerul e proaspăt, soarele străluceşte şi e o zi superbă. Te-ai trezit de dimineaţă simţindu-te mulţumit de tine şi de lume ; îţi place felul în care îţi duci viaţa. În primul rând, senzaţia de a fi sclavul unei ţigări nu te mai bântuie. Tu deţii controlul, nu ţigara. Ai mai multă energie. Gâtul îţi este curat şi ştii că şi plămânii ţi se curăţă. Te simţi grozav, şi cu cât te gândeşti mai mult la cât de bine te simţi, cu atât mai energici îţi sunt paşii. Continuă se mergi în vreme ce eu am să tac timp de un minut."

Sunt construite sugestii hipnotice suplimentare în jurul conceptului de „scuză pentru o pauză", apoi al celui de „socializare" (arătând că ţigara interferează cu socializarea şi-l separă pe fumător de ceilalţi). Vizualizările pot include experienţa negativă a hainelor îmbâcsite cu miros de tutun. O imagine hipnotică deosebit de eficientă este o „scenă de spital" în care doctorul spune, câţiva ani mai târziu : „Doar atât mai pot face pentru tine ; ţi-am spus cu ani în urmă că ar trebui să te laşi de fumat. Tot ce pot să fac acum este să-ţi dau medicamente care să te aline temporar înainte ca inima şi plămânii tăi să cedeze. Îmi pare rău, e tot ce putem face acum. Dacă te-ai fi lăsat când ai avut ocazia...".

Apoi pacientul învaţă autosugestia pentru a exersa sugestia şi imaginile singur, în timpul ultimelor două săptămâni dintre şedinţele de tratament. O parte importantă a acestei abordări este insistenţa terapeutului de la finalul fiecărei şedinţe ca pacientul să telefoneze zilnic timp de o săptămână şi să raporteze eşecul sau succesul. Nu este dojenit sau lăudat, pur şi simplu i se acceptă raportul ; dar dacă pacientul nu sună, terapeutul îl caută în aceeaşi zi. H. Watkins (1976) a remarcat că cel mai greu să se lase de fumat le este celor care folosesc obiceiul pentru a-şi înăbuşi furia.

Dată fiind concluzia lui Holroyd (1980) că probabilitatea succesului hipnozei în tratarea dependenţei de tutun creşte când sunt îndeplinite

patru criterii (mai mult de o şedinţă, sugestii hipnotice adaptate, tratament ajutător şi urmărire şi o intensă relaţie interpersonală), succesul excelent al lui H. Watkins este de înţeles.

Poate recunoscând ratele de succes obţinute prin metoda lui Spiegel şi Spiegel (1978) şi avantajele adăugării măcar a unei şedinţe suplimentare (A. Barabasz *et al.*, 1986) în termeni de eficienţă a costurilor comparativ cu programul de tratament în cinci săptămâni al lui H. Watkins (1976), Elkins şi Hasanrajab (2004) au creat o intervenţie de trei şedinţe care ţine cont de costuri. Datele lor preliminare se bazează pe un eşantion de 30 de fumători înscrişi într-o organizaţie de menţinere a sănătăţii care sunt trimişi de medicul lor să se lase de fumat. Eşantionul – cu o vârstă medie de 47 de ani şi cu un istoric mediu al fumatului de 26 de ani – se apropie de caracteristicile fumătorilor „înrăiţi" trataţi în studiile celor doi Spiegel şi ale lui A. Barabasz şi colaboratorilor. Acestea se deosebesc de caracteristicile unui obicei mai puţin dezvoltat cum este în cazul populaţiei din mediul universitar tratate de Helen Watkins.

Protocolul de tratament Elkins şi Hasanrajab (2004) în trei şedinţe începe cu o evaluare iniţială fără hipnoză. Şedinţele 2 şi 3 implică sugestii adaptate (modelate în funcţie de individ) şi accentuarea individualizării relaţiei terapeutice cu fiecare pacient, aspect caracteristic lucrului conform tehnicii H. Watkins. Pentru a întări şedinţele faţă în faţă, terapeuţii le oferă pacienţilor o înregistrare audio a inducţiei care include sugestiile hipnotice directe pentru relaxare şi confort. Cele trei întâlniri sunt programate de două ori pe săptămână.

Prima include un istoric al fumătorului, al încercărilor anterioare de a renunţa şi o evaluare a stării mentale şi a psihopatologiei actuale. Şedinţa include şi o discuţie privind dependenţa de nicotină şi relaţia dintre stres şi fumat. Pacienţilor li se cere şi să aleagă o dată la care să se lase de fumat, să ignore toate produsele din tutun şi să revină pentru tratament hipnotic în ziua aleasă. Se evaluează sprijinul social de care are parte pacientul şi i se prezintă acestuia hipnoza, cu accent pe înlăturarea miturilor şi a concepţiilor greşite. Principalul scop al acestei şedinţe este de a dezvolta raportul şi relaţia pozitivă înainte de a se efectua o inducţie hipnotică pentru renunţarea la fumat.

La a doua şedinţă, pacienţii participă la o sesiune hipnotică de 25 de minute cu sugestii îndreptate spre relaxare şi confort, dar şi spre adâncire, absorbţie, un angajament de a nu mai fuma, scăderea

poftei de nicotină, cu sugestii posthipnotice adaptate şi exersarea autohipnozei. Pacienţilor li se cere şi să vizualizeze beneficiile renunţării la fumat. Toate inducţiile includ sublinierea disocierii de potenţialele pofte şi folosirea unei imagini de plutire. Sugestiile posthipnotice pun accentul şi pe lipsa nevoii pacientului de a mânca excesiv şi pe faptul că va considera că o cantitate potrivită de mâncare este satisfăcătoare. Această procedură trebuie privită ca fiind încă la început, dar rezultatele sunt încurajatoare. Dintre pacienţi, 81% au raportat că s-au lăsat de fumat, iar 48% au rămas abstinenţi şi la 12 luni după tratament. Mai mult, aproape toţi (95%) s-au arătat mulţumiţi de tratamentul primit.

Shirley Sanders (1977), un alt medic cu experienţă, a descris o abordare care, poate, este la fel de interesantă ca aceea a celor doi Spiegel. Pacienţii ei erau hipnotizaţi în grup după o primă dezbatere de idei în care se aduceau în discuţie cât mai multe motive posibile pentru a deveni nefumători. Apoi, după inducerea hipnozei şi adâncire, pacienţii „progresau în timp" pentru a se imagina nefumători. Imaginarea şi visele hipnotice adaptate în urma dezbaterilor de idei erau folosite pentru dezvoltarea sugestiilor hipnotice. Au urmat exerciţiile de relaxare prin intermediul autohipnozei. Sanders a raportat că, la a patra şedinţă, 84% erau nefumători, iar 68% s-au menţinut şi după 10 luni.

Roaderea unghiilor

Unii oameni dobândesc şi păstrează obiceiul de a-şi roade unghiile. În una dintre cele mai amănunţite treceri analitice în revistă ale literaturii de specialitate, Gruenewald (1965, pp. 210-215) a remarcat că diferiţi autori au pus rosul unghiilor pe seama: „unei căutări ego-integrante a echilibrului homeostatic prin intermediul canalelor motorii", „unei activităţi substitut pentru eliberarea nevoilor libidinale ostile şi conflictuale", „o descărcare a impulsurilor oral-agresive", „o automutilare ce include atât indulgenţă, cât şi pedeapsă", „o depresie echivalentă în forma unei sinucideri parţiale atenuate", „un dispozitiv de descărcare a vinovăţiei cu un element de restituire (adică unghiile cresc la loc)" şi „sindromul unei conversii isterice şi echivalentul unei masturbări".

Indiferent de etiologie, pacienţii rareori caută tratamente psihanalitice lungi şi intensive pentru această afecţiune deoarece, de obicei, nu este privită ca aducând vătămări grave. Cazul discutat de Gruenewald (1965) relevă faptul că simptomele au fost legate de o vătămare adânc înrădăcinată a conceptului despre sine, relaţionând psihodinamic cu unele conflicte infantile, poate provenite dintr-o întrerupere a ataşamentelor evolutive. Pacienta şi-a rezolvat, în sfârşit, problema rosului unghiilor, dar sugestiile hipnotice pentru încetarea obiceiului au fost eficiente doar după rezolvarea conflictelor ei interioare cu ajutorul tehnicilor hipnoanalitice complexe.

Crasilneck şi Hall (1985) au explorat sensul dinamic al rosului unghiilor în cazul copiilor. Acestora li se cere pur şi simplu să comenteze care unghie trebuie roasă mai mult. „Cât de mult? În ce moment al zilei? Cât de mult sânge e necesar pentru a o gusta, doar un pic sau mult?" Folosind orientarea lor psihodinamică, intervenţia hipnotică este menită să atragă pur şi simplu atenţia asupra obiceiului după cum urmează: „Nu vei mai dori sau simţi nevoia să continui cu acest obicei depăşit şi nedorit care îţi răneşte mâinile şi te face de ruşine în faţa familiei şi a prietenilor. Pe măsură ce începi să întrerupi acest obicei de a-ţi roade unghiile, vei avea o senzaţie de bine şi de mulţumire de sine". (Copiilor mai mici li se spune doar: „Te vei simţi bine cu tine pe dinăuntru".)

Abordarea mea (A.F.B.) se bazează pe cea a lui Erickson (1958), în care, sub hipnoză, copilului i se spune cât de util ar fi să aibă doar o unghie care să nu fie roasă. Se dau încurajări hipnotice pentru roaderea celorlalte chiar mai mult, astfel încât să se compenseze absenţa ei. Odată ce unei unghii i s-a permis să crească, o descriu folosind hipnoza uşoară: „Cât de singură trebuie să fie acea unghie. O poţi lăsa să aibă o prietenă?". Această procedură este efectuată treptat, de-a lungul mai multor şedinţe, fiind aşadar potrivită doar pentru cazurile severe în care alte metode mai succinte au dat greş.

Scăderea în greutate şi obezitatea

În prima parte a anilor '70, doctorii Ken Cooper (1970) şi Covert Bailey (1991) au declanşat isteria fitness cu faimoasele lor cărţi *New Aerobics* şi *Fit or Fat*. Curentul a ţinut din anii '70 până prin anii '80. Astăzi mulţi americani suferă de obezitate. Conform Centers for

Disease Control and Prevention, peste 60% din populaţia Statelor Unite este obeză. Cazurile de diabet de tip 2 declanşate la vârstă adultă au crescut cu 39% din 1990 până în 1999. În prezent, 25% dintre americani nu fac nici un fel de exerciţii fizice, iar acest procent creşte la 34% în cazul celor peste 50 de ani. Puţini consumă fie şi minimul elementar de alimente sănătoase recomandate. În consecinţă, afectarea sistemelor noastre imunitare şi costul îngrijirii medicale sunt acum la nivel pandemic (Hatfield, 2000).

Se pare că majoritatea adulţilor din Statele Unite au urmat, într-un moment sau altul, o formă de dietă. Inevitabilul a fost reluarea vechilor obiceiuri alimentare şi pierderea masei corporale slabe. Regimul fără exerciţii fizice este, pe termen lung, dezastruos din punct de vedere fiziologic. De exemplu, să luăm o persoană ipotetică, dl Smith, care are 90 kg, cu 30% grăsime, ceea ce înseamnă 60 kg de masă corporală slabă (apă, oase, muşchi). Ar putea fi un bărbat corpolent relativ sănătos. Merge la medicul de familie care se uită la un grafic şi zice : „Domnule Smith, trebuie să slăbiţi". Aşa că dl Smith se apucă de o dietă, fie una despre care a auzit, fie poate un program costisitor cum ar fi *Weight Wachers*, *Nutra-System* sau *Physician's Fat Loss Clinic*. Urmând cu religiozitate dieta, dl Smith reuşeşte să-şi reducă greutatea la 72 kg. Totuşi, el are încă 30% grăsime, ceea ce înseamnă că acum are doar 50 kg masă corporală slabă. Dl Smith este acum un bărbat gras, mic şi bolnav care mănâncă şi iar mănâncă. Acum, odată revenit la cele 90 kg ale sale, sau poate chiar trecând de ele, lucru normal, are 35% grăsime – adică 58 kg masă corporală slabă.

Ce înseamnă asta ? Că trebuie să mănânce mai puţin doar pentru a-şi menţine greutatea pe care o avea înaintea tuturor acelor diete. Aceste variaţii se repetă iar şi iar, motiv pentru care unii oameni îngrozitor de graşi chiar spun adevărul când zic că mănâncă foarte puţin. Cu cât o persoană ţine mai mult regim fără sportul adecvat, cu atât mai mult se alimentează ciclul acestor variaţii.

Din motivele discutate anterior, pentru a fi etici şi responsabili în folosirea hipnozei pentru pierderea în greutate trebuie să ne concentrăm pe crearea unei noi filozofii de viaţă, a unui nou angajament faţă de propriul corp şi propria sănătate. Hipnoza care se focalizează pe dietă plus antrenament cardiovascular, cum ar fi mersul pe jos sau pe o bandă sau poate chiar joggingul, adăugat antrenamentului de rezistenţă (ideal ar fi cu greutăţi), îi permite persoanei să mănânce

mai mult şi să scadă în greutate. Ideea este că omul, câştigând masă musculară, care în mod normal se pierde în procesul de îmbătrânire, poate să-şi menţină un nivel mai bun al sănătăţii şi un aport mai mare de calorii fără să devină obez.

Masa musculară este esenţială pentru menţinerea calităţii vieţii, tinereţii şi vigorii. Oamenii care pierd multă masă musculară în timpul dietelor standard pierd din condiţia fizică. Ei nu pot să facă multe din punct de vedere fizic şi astfel performanţele lor scad, fie că e vorba de schi, golf, grădinărit sau doar căratul cumpărăturilor. Masa musculară este vitală şi pentru sănătatea oaselor. Mai ales femeile pierd masă osoasă odată cu vârsta (osteoporoză). Masa musculară este esenţială şi în controlul temperaturii corpului, pentru că muşchii reţin foarte multă apă, esenţială pentru reglarea temperaturii. Pierderea muşchilor îi răpeşte corpului multe din rezervele preţioase de apă. Aşadar, omul are mai multe probleme în reglarea căldurii şi suferă o descreştere a volumului sangvin, ceea ce scade rezistenţa. Când folosim hipnoza pentru a reduce greutatea cuiva şi a-i îmbunătăţi condiţia fizică, trebuie să recunoaştem că rata metabolică a unei persoane scade când aceasta slăbeşte. Menţinerea masei musculare ajută foarte mult, dar tot nu este suficientă pe termen scurt. Pe termen lung, legătura naturală între masa musculară şi rata metabolică se restabileşte. Odată ce un client îşi sporeşte masa corporală slabă crescând masa musculară, se accelerează şi metabolismul. Asta înseamnă că poate mânca mai mult.

Antrenamentul de rezistenţă viguros, care poate fi facilitat când este încurajat printr-un protocol hipnotic, creşte masa corporală slabă. Eforturile de pierdere a grăsimii sunt crescute considerabil şi durează mai mult şi tocmai de aceea, doar regimul sau regimul însoţit doar de gimnastică aerobică nu sunt o soluţie. Este esenţial ca un client să înţeleagă faptul că sporirea masei musculare duce la accelerarea metabolismului. Muşchii sunt cea mai bună cale de a stârni focul metabolic şi de a menţine ţesuturile active. Hipnoza ar trebui direcţionată spre învăţarea unei persoane cum să-şi menţină ţesuturile active. Metoda ar trebui orientată şi spre deprinderea obiceiului de a avea cinci până la şapte mici mese pe zi în locul a trei mai bogate. Asta îl împiedică pe om să intre în modul de stocare a grăsimii, care se declanşează, în cazul majorităţii indivizilor, după aproximativ 3 ore de la ultima masă.

Clienţii care vor să slăbească ar trebui învăţaţi că trebuie să-şi păcălească centrul de control evolutiv. Adică, dacă îşi satisfac ficatul la aproximativ fiecare 3 ore cu o porţie mică de mâncare nu ar trebui să li se facă niciodată foame. Nu ar trebui să-şi permită să le fie sete. Cea mai rapidă cale spre un aspect umflat este restricţionarea aportului de apă. Corpul pur şi simplu crede că se află în deşert şi încearcă să se agaţe de fiecare picătură pe care o primeşte. Clienţii ar trebui încurajaţi, sub hipnoză, să „ţină rezervoarele pline, fără să adauge grăsime". Dar să nu uite că dacă se supraalimentează cu carbohidraţi, aceştia vor fi depozitaţi sub formă de grăsime. Dietele bogate în carbohidraţi devin pur şi simplu diete bogate în grăsime. Populara „piramidă a alimentelor" este o metaforă pentru îndoparea cu carbohidraţi. Ea este o cale minunată de a îngrăşa vitele din staul şi unul dintre motivele din spatele creării obezităţii în Statele Unite. Problema este că rezervele mari de grăsime sunt asociate cu o creştere a răspunsului insulinei şi cu stocuri şi mai mari de grăsime. Dacă rezervele de carbohidraţi se termină, atunci trebuie să ne bazăm pe proteine şi grăsime pentru energie, ceea ce pur şi simplu nu este eficient în cazul antrenamentelor foarte intense sau chiar pentru menţinerea minţii active în timpul studiului sau altor activităţi sedentare care solicită intelectul.

Pierderea de masă corporală slabă încetineşte şi metabolismul. Când nivelul zahărului din sânge scade, poftim la alimente energizante şi apoi tindem să mâncăm prea mult, creând astfel un cerc foarte vicios. Aceşti factori ar trebui avuţi în minte când terapeutul construieşte inducţii hipnotice adaptate pentru pacienţii săi.

Hipnoza beneficiază de un sprijin ştiinţific considerabil în privinţa eficienţei ei pentru pierderea în greutate. Trecerea în revistă a hipnozei ca intervenţie clinică (Lynn *et al.*, 2000) a oferit dovezi că procedurile de profil au primit multă atenţie empirică în multe zone, spre deosebire de atenţia de care s-au bucurat unele dintre psihoterapiile cel mai riguros analizate.

Tehnica statistică puternică a metaanalizei permite o comparaţie directă a rezultatelor tratamentelor care provin din diverse intervenţii şi abordări metodologice. Producând poate una dintre metaanalizele cel mai frecvent citate, Kirsch, Montgomery şi Spairstein (1995) au evaluat hipnoza ca adjuvant al psihoterapiei cognitiv-comportamentale. Rezultatele au indicat că metoda poate fi utilă pentru o mare varietate de probleme, dar mai ales (Kirsch, 1996) în tratarea

obezităţii. Cea mai importantă este descoperirea făcută de mai multe studii care arată că hipnoza ajută în susţinerea unei pierderi în greutate pe termen lung. Acest lucru este important, dat fiind că aproape toţi indivizii obezi care slăbesc cu ajutorul tratamentelor nonhipnotice se îngraşă repede la loc (Stunkard, 1972). Descoperirile metaanalizei au fost atât de puternice, încât au sugerat că pregătirea în domeniul hipnozei ar trebui inclusă în mod regulat în pregătirea clinică pentru terapia cognitiv-comportamentală. Pacientul mediu care beneficiază de hipnoză s-a simţit mai bine la sfârşitul tratamentului şi pe termen lung decât 75% dintre clienţii care au avut parte de o terapie identică, dar fără hipnoză.

Barabasz şi Spiegel (1989) au testat efectele hipnozei pentru controlul greutăţii. Hipnotizabilitatea a fost evaluată cu ajutorul *Scalei Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*, Forma C. Patruzeci şi cinci de participanţi au încheiat studiul cu cercetători care nu ştiau nimic despre punctajele de hipnotizabilitate. Cei expuşi unei tehnici simple de autogestionare şi intervenţiei hipnotice a lui Spiegel şi Spiegel (1978) modificată pentru a include aversiunea faţă de alimente specifice au slăbit semnificativ mai mult după 3 luni decât participanţii expuşi doar condiţiilor de tratamente sau de control ale autogestionării. Specificitatea hipnozei în program a fost susţinută de o corelare semnificativă a pierderii în greutate şi a punctajelor de hipnotizabilitate. Participanţii au considerat că în toate grupurile de tratament s-au făcut intervenţii active.

H. Watkins (comunicare personală cu J. Watkins în 1979 ; vezi J. Watkins, 1987) a pus accentul pe folosirea hipnozei în grupuri. După ce s-a asigurat că fiecare participant se afla în stare hipnotică, ea le-a sugerat că vizualizeze două mese cu mâncare. Pe prima se află toate mâncărurile bogate în calorii, grăsimi şi carbohidraţi. Pe măsură ce îşi imaginau aceste alimente, ea le-a cerut participanţilor să recunoască faptul că simt o totală lipsă de interes şi o dorinţă de a se îndepărta. Apoi priveau o altă masă, plină cu salate, brânză de vaci, alimente bogate în proteine, legume proaspete şi mâncăruri slab calorice şi, deodată, se simţeau foarte flămânzi. Li se deschidea apetitul şi începeau să vadă şi să se gândească la cât de bine e să mănânci toate acestea. În această abordare, factorii adversivi sunt minimizaţi şi sunt sugerate imagini pozitive de hrănire plăcută.

Spiegel şi Spiegel (2004) au adaptat pentru tulburările alimentare procedura pe care o foloseau pentru renunţarea la fumat. Intervenţia

are loc, de obicei, în două-trei şedinţe, dacă pacientul îşi depăşeşte greutatea normală cu mai puţin de 15%. Sunt programate şedinţe de terapie regulate pentru pacienţii care au un exces de greutate peste această limită. După aflarea unui scurt istoric psihologic, este explicat şi administrat profilul inducţiei hipnotice. Pacientul învaţă şi un exerciţiu de autohipnoză care accentuează conceptul de a mânca respectând corpul. Odată ce este asigurată starea hipnotică, individul e instruit să aleagă o dietă variată, care poate include zile cu mai multe legume sau zile cu mai multe proteine sau chiar o zi dedicată lichidelor. Este subliniat faptul că problema principală este cea a aportului total de calorii în relaţie cu activitatea fizică, şi nu respectarea orbeşte a vreunul regim anume formulat. Scopul este de a schimba relaţia persoanei cu propriul corp şi de a o face să realizeze că lupta cu caloriile este menită doar să restrângă focalizarea. Se scoate în evidenţă şi acceptarea responsabilităţii pentru propriul comportament alimentar. Se remarcă faptul că prea mulţi dau vina pe părinţi, prieteni, primar sau chiar pe fazele Lunii. În vreme ce se află sub hipnoză, este scoasă în evidenţă absurditatea acestei teorii, iar pacientului i se spune că propriul comportament alimentar este singurul responsabil.

Ideea principală din final este aceea că, în timp ce slăbesc şi se pregătesc pentru o greutate normală, e obligatoriu ca oamenii să se reacomodeze cu propriul corp, astfel încât să fie gata să primească nou trup şi să realizeze că acest lucru va semăna cu întâlnirea unui prieten pierdut de multă vreme. Pregătirea pacienţilor pentru întâlnirea cu corpul lor aflat la o greutate normală previne crearea sentimentului de a fi „străin" în propriul trup, care se consideră că sporeşte probabilitatea ca pacienţii să-şi reia obiceiurile distructive.

Pacienţii sunt încurajaţi să mănânce ca nişte gurmanzi care acordă toată atenţia fiecărei îmbucături. Astfel, implicarea este totală şi fiecare înghiţitură e mult mai satisfăcătoare. Ei remarcă faptul că, de obicei, gurmanzii sunt normo- sau subponderali. Pentru mâncatul excesiv este folosită aceeaşi procedură de bază pentru autohipnoză ca în cazul fumatului : (a) „Pentru corpul meu mâncatul excesiv este o otravă", (b) „Am nevoie de corpul meu pentru a trăi" şi (c) „Îi datorez corpului meu respect şi protecţie".

Procedura creată de Arreed Barabasz este mai completă. Aceasta include pregătirea şi educarea în ştiinţa exerciţiilor fizice ca şi a nutriţiei pentru a produce o formă fizică bună pe termen lung şi un

raport ideal între masa musculară şi procentul de grăsime. Pacienţii sunt învăţaţi, sub hipnoză, să inverseze procesul normal de pierdere a masei musculare odată cu îmbătrânirea pentru a „aţâţa focul metabolic, a menţine ţesuturile active şi a putea să mănânci cantităţi substanţiale de hrană în timp ce menţii nivele extrem de scăzute de grăsime şi o formă fizică bună atât în privinţa forţei, cât şi a rezistenţei". Inducţiile hipnotice alerte şi active sunt folosite pentru a uşura percepţia antrenamentului fizic, adăugând avansul necesar pentru a creşte masa musculară. Sugestiile hipnotice specifice adiţionale administrate după evaluare şi inducerea stării hipnotice au fost inspirate de munca celor doi Spiegel. Atât nivelul redus de profunzime hipnotică, cât şi cel moderat sunt folosite înainte furnizării sugestiilor prezentate mai jos:

1. Când alegi un stil de viaţă pentru a fi în formă şi a pierde grăsimi, alegi un angajament pe viaţă faţă de sănătate şi de fericirea pe care o face posibilă.
2. Corpul tău este o uzină fizică preţioasă de care ai nevoie pentru a trăi. Nu te-ai gândi să pui kerosen în rezervorul maşinii tale, nici măcar să pui benzină obişnuită într-un motor creat pentru benzina premium; zi de zi faci aceleaşi alegeri pentru alimentarea preţiosului tău corp.
3. Dacă te accepţi pe tine însuţi, te vei simţi mereu bine cu tine când îţi alimentezi corpul corect.
4. Angajamentul pe viaţă este o înţelegere specială pe care o ai cu trupul tău de a-l iubi şi a-l proteja de rău şi, astfel, de a contracara în acelaşi timp multe semne ale îmbătrânirii care sunt, de fapt, semne ale bolii. Acestea pot fi prevenite în mare parte prin angajamentul tău de a fi în formă şi a-ţi alimenta corect corpul.

Sugestiile hipnotice sunt repetate de clienţi în cadrul unui protocol de autohipnoză adaptat talentelor lor hipnotice, înainte de fiecare dintre cele cinci până la şapte mese pe care le vor lua zilnic. În timpul şedinţelor din cabinet, pacienţii învaţă despre lucrurile care trebuie avute în vedere atunci când îşi aleg mâncarea şi exerciţiile zilnice. Odată ce a fost indusă o stare hipnotică uşoară până la moderată, pacientul este instruit:

> Aşa cum a spus filozoful antic grec Aristotel, o persoană virtuoasă este una care recunoaşte că excelenţa este distrusă de deficit sau exces.

> Moderaţia este cheia atingerii celui mai înalt potenţial uman. Ştiinţa modernă cu privire la nutriţie şi sport permite ca astăzi aproape orice persoană normală să aibă un corp demn de comparaţia cu vechii zei greci. Secretul este pur şi simplu o abordare moderată şi continuă a aportului de energie. Satisfă-ţi mereu ficatul la fiecare 2,5-3,5 ore. Ficatul unui bărbat obişnuit păstrează 400 de calorii, iar cel al unei femei – în jur de 300. Pentru a evita stocarea grăsimii, numărul de calorii ingerate o dată nu ar trebui să depăşească 800 pentru bărbaţi şi 600 pentru femei. Mâncând atât de des, nu vei rămâne niciodată fără rezerve de energie la nivelul ficatului. Procedând astfel, corpul tău continuă la rata lui metabolică ideală, în loc să creadă că a fost trimis pe vreun tărâm al foametei, unde trebuie să ţină de fiecare calorie pentru a rămâne în viaţă. (Acest program de pierdere în greutate le este predat medicilor şi fiziologilor din întreaga lume de către primul autor – A.F.B.)

Ineficienţa generală a explicaţiilor şi raţionamentelor cognitive le este bine cunoscută terapeuţilor. De obicei, astfel de argumente sunt date la o parte, uitate rapid şi se dovedesc destul de nefolositoare în faţa puternicelor nevoi emoţionale şi motivaţii inconştiente ale pacienţilor. Totuşi, inculcarea unui astfel de material într-o stare hipnotică poate avea mai mult efect decât simpla argumentare conştientă, intelectuală, indiferent cât de rezonabilă ar fi aceasta. Rezistenţa neadaptată a unei persoane este, de obicei, diminuată sub hipnoză, iar posibilitatea de a le imprima pacienţilor, la un nivel semnificativ, atitudini noi şi mai constructive pare mai mare. Eu (J.G.W.) am făcut multe cu „educarea dinamică" a pacienţilor aflaţi sub hipnoză în privinţa motivaţiilor şi conflictelor lor ascunse şi am remarcat în mare măsură că rezultatele au fost mai însemnate decât atunci când am prezentat aceleaşi idei în vreme ce pacientul era complet conştient şi alert. Tocmai de aceea programul lui Barabasz este atât de eficient atunci când este combinat cu pregătirea fizică.

Abuzul de substanţe

În ciuda consilierii intense, a unor programe educative cum ar fi *Just Say No*, *D.A.R.E.** şi a eforturilor legislative, nucleul căutătorilor

---

* *Drug Abuse Resistance Education* (Educarea Resistenţei la Abuzul de Substanţe) (n.t.).

de senzaţii tari continuă să apeleze la droguri (Meddis, 1994). În urmă cu zeci de ani s-au făcut încercări de a folosi hipnoza pentru a recrea caracteristicile cognitiv-afective ale stărilor induse de stupefiante (Barber, 1970; Bauman, 1970; Tart, 1969; Ulett, Akpainar, Itil şi Fakuda, 1971). Eforturile acestor pionieri s-au bazat doar pe autoraportare, nu au măsurat hipnotizabilitatea şi nu au oferit un condiţiile unui control experimental acceptat. Aşa cum au remarcat Barabasz şi Barabasz (1992), puţine se pot spune în legătură cu specificitatea hipnozei într-o intervenţie clinică, dacă nu este măsurată hipnotizabilitatea. Cercetările efectuate la Washington State University au adus controlul experimental în acest domeniu de studiu pentru a pune în lumină potenţiala utilitate a hipnozei ca o alternativă sigură pentru starea dată de drog care să-i poată ajuta pe medicii implicaţi în tratarea pacienţilor în căutare de senzaţii tari.

Nishith, Barabasz, Barabasz şi Warner (1999) au făcut o selecţie drastică a indivizilor în funcţie de hipnotizabilitate, testările făcându-se pe baza *Scalei Harvard de Grup a Susceptibilităţii la Hipnoză* (Shor şi Orne, 1962) şi a *Scalei Stanford a Susceptibilităţii la Hipnoză*, Forma C (Weitzenhoffer şi Hilgard, 1962). Cei 20 de participanţi puternic hipnotizabili şi cei 20 puţin hipnotizabili au fost grupaţi şi în funcţie de vârstă şi gen.

Studiul a comparat mai întâi efectele alprazolamului (Xanax) şi ale unui placebo identic ca aspect asupra stării de spirit şi a activităţii cerebrale EEG. Participanţii care au experimentat adevărata stare dată de alprazolam au fost invitaţi să participe la a doua fază a cercetării, care investiga efectele hipnozei cu o sugestie de recreare a efectului medicamentului asupra stării de spirit şi a EEG. Sugestia hipnotică folosită a fost derivată din relatările pacienţilor privind experienţa avută în prima parte a studiului. Ei au fost expuşi şi condiţiilor de simplă hipnoză pentru a determina dacă efectele sugestiei erau mai mari decât cele ale simplei relaxări hipnotice. Scopul nostru a fost acela de a stabili dacă o simplă inducţie hipnotică şi o sugestie derivată din experienţa dată de alprazolam pot recrea efectele subiective ale medicamentului, de a stabili dacă reacţiile date de pastilă sunt mai mari decât cele ale hipnozei plus sugestie şi dacă acestea erau, la rândul lor, mai însemnate decât efectele relaxării produse doar de hipnoză. Am testat şi corelativele EEG ale alprazolamului, ale pastilei placebo, ale stărilor de veghe şi hipnotice. După inducţie şi adâncire, sugestia hipnotică a fost următoarea:

> Aşa… starea ta de hipnoză îţi permite să recreezi în totalitate starea plăcută pe care ai trăit-o ieri după ce ai luat Xanax. Acum imaginează-ţi că iei o doză mare de Xanax, de două ori mai mult decât ai luat în timpul experimentului anterior. Este cea mai bună doză pe care o poţi obţine. Îi simţi efectele răspândindu-se în corpul tău. Vei avea o senzaţie plăcută şi uşoară, ca şi cum ai pluti şi te-ai uita în jos la tine însuţi… simţi o strălucire caldă în interiorul tău şi e foarte plăcut… foarte bine… Acum dă-i drumul şi trăieşte aceste senzaţii calde şi plăcute până când îţi voi vorbi din nou peste câteva minute. Te vei simţi exact ca ieri când ai luat pastila, dar chiar mai intens. (Pauză de aproape un minut, se confirmă efectul sugestiei hipnotice întrebând : „Simţi ?". Pacientul va spune „da" sau va da din cap. Apoi spune : „Va fi şi mai bine".)

Participanţii expuşi condiţiilor de hipnoză plus sugestie hipnotică au demonstrat un nivel semnificativ mai mare al relaxării, măsurat de scala tensiune-anxietate a profilului stărilor de spirit (Eichman şi Umstead, 1971), apoi în condiţiile alprazolamului şi hipnozei simple. Participanţii puternic hipnotizabili au obţinut grade de relaxare mult mai mari decât cei puţin hipnotizabili în toate cele trei condiţii (hipnoză plus sugestie, hipnoză simplă, doar alprazolam). Rezultatele EEG au arătat că în special zonele frontale şi occipitale ale creierului au fost implicate în cazul medicamentului şi al sugestiei. Acest studiu controlat sugerează că hipnoza poate fi utilă ca substitut cel puţin pentru folosirea drogurilor cu efect sedativ (benzodiazepine).

Dependenţa de cocaină este considerată, în general, mult mai gravă decât cea de benzodiazepine, ca în cazul studiului analizat anterior. Page şi Handley (1993) au prezentat un caz neobişnuit în care hipnoza a avut un succes total în tratarea unei dependente de cocaină care consuma zilnic substanţe în valoare de 500 $ (5 g). Pacienta avea în jur de 25 de ani şi era consumatoare înrăită de 6 luni, până să achiziţioneze o casetă comercială cu o inducţie hipnotică pentru controlul greutăţii pe care a folosit-o cu succes pentru a se lăsa de fumat, înlocuind mental cuvântul *mâncat* cu *fumat*. A folosit caseta şi pentru a-şi reveni din euforia dată de cocaină şi a putea adormi. După opt luni de dependenţă, a hotărât să utilizeze înregistrarea în încercarea de a renunţa la cocaină. Timp de patru luni a ascultat-o de trei ori pe zi, substituind mental cuvântul *mâncat* cu *cocaină*. Dependenţa i-a fost complet întreruptă şi nu s-a mai atins de droguri pe durata unei urmăriri de 9 ani. Autorii

remarcă faptul că aceasta este o revenire extraordinară, pentru că hipnoza a fost singura intervenţie şi nu a existat nici o reţea de suport în afara înregistrării.

Ludwig, Lyle şi Miller (1964), de la U.S. Public Health Service Hospital din Lexington (Kentucky), au folosit o metodă de predare a hipnozei pentru grupuri de 6 până la 10 pacienţi. Hipnoza a fost indusă prin „metoda fixării puternice a ochilor în timp ce sunt sugerate încontinuu oboseala, relaxarea, somnolenţa şi somnul". Sub hipnoză pacienţii au primit „sarcini educaţionale" în care le era explicată dependenţa de stupefiante şi primeau sugestii hipnotice inspiratoare menite să le crească încrederea în sine şi încurajări de a-şi atinge potenţialul maxim. Au fost subliniate efectele negative ale primei doze. Au fost oferite şi sugestii hipnotice pentru a creşte adeziunea grupului. Procedura s-a bucurat de un succes extraordinar. Totuşi, încercările de a folosi hipnoza pentru a-i întoarce mental pe pacienţi la o perioadă din viaţa lor în care duceau un trai liniştit şi fără droguri nu au reuşit decât în cazul câtorva pacienţi.

O tehnică a fost considerată de Ludwig *et al.* (1964) deosebit de puternică. Pacienţilor li s-a spus că vor simţi un fier pentru însemnarea vitelor care „se încinge în foc" şi cu care, curând, îşi vor întipări pe creier cuvintele „Nu trebuie să iau niciodată prima doză de drog". Ideea este implantarea unei sugestii hipnotice foarte vii şi puternice în timpul a ceea trebuie să fi fost o experienţă emoţională pentru pacient. S-a raportat că tehnica fierului înroşit este deosebit de atrăgătoare pentru pacienţii dependenţi de droguri. Poate că abordarea puternică, autoritară, este mult mai eficientă decât una permisivă, analitică, din pricina personalităţilor dependente tipice în rândul consumatorilor de stupefiante.

Ludwig *et al.* (1964) au testat şi capacitatea hipnozei de a influenţa simptomele cauzate de drog şi sevraj. Ei au raportat succesul în cazul a 11 participanţi care erau pacienţi-prizonieri. Aceştia au fost regresaţi la momentul când au fost închişi şi au trebuit să se lase de droguri fără ajutor. Pacienţii au relatat simptome dureroase ca urmare a acestei sugestii hipnotice, dar nu atât de severe ca în cazul folosirii unui drog real. De mare interes pentru terapeuţi este faptul că, în partea studiului în care Ludwig *et al.* au înlăturat simptomele comportamentale şi dureroase din timpul consumului real şi al renunţării la drog, simptomele fiziologice au rămas,

dar componentele fiziologice au fost fie eliminate, fie substanţial diminuate. Este evident că aceste efecte sunt similare celor obţinute prin anestezie hipnotică şi discutate în capitolele anterioare.

Puţine experimente controlate s-au concentrat asupra folosirii hipnozei în contextul dependenţei de droguri. Sunt necesare investigaţii ulterioare pentru a determina cele mai bune metode de a obţine rate maxime de succes. În general, trebuie avut în vedere faptul că dificultăţile care derivă din tratarea alcoolismului prin metoda hipnotică sunt şi mai accentuate în cazul dependenţilor de stupefiante.

Insomnia

Există mai multe teorii referitoare la insomnie. Cele mai importante sugerează fie o excitare fizică excesivă, fie o activitate cognitivă prea mare. Soluţiile nonhipnotice simple pentru a adormi când este cazul sunt de a începe liniştirea atmosferei din jurul pacientului. Muzica dată tare şi luminile strălucitoare sau zgomotul puternic sunt contraindicate dacă cineva vrea să se cufunde într-un somn adânc, liniştit.

O autoinducţie hipnotică pentru facilitarea somnului, pe care eu (A.F.B.) am descoperit-o ca fiind folositoare în cursul experienţei mele, începe în cabinet cu o tehnică de inducţie adaptată fiecărui pacient, urmată de sugestii hipnotice :

> Te poţi transporta pe o insulă tropicală, singur pe o insulă tropicală, lângă un lac alimentat de o cascadă. Lacul este atât de îmbietor şi de limpede, încât te-ai decis să te dezbraci şi să te scalzi. Când îţi întipăreşti această imagine în minte şi te poţi concentra asupra ei, anunţă-mă ridicând un deget de la această mână [este atinsă mâna care nu e dominantă]. În curând vei putea să simţi lacul de pe insulă ca şi cum ai fi cu adevărat acolo. [Odată ce pacientul a ridicat un deget, continuă.]
>
> Acum apa din acest lac limpede ca cristalul este încălzită uşor de roci vulcanice, iar aburii se ridică la suprafaţa acestei ape limpezi şi curate. Poţi vedea până la fund ; este temperatura perfectă pentru o baie. Decizi să te bălăceşti în lacul acesta cu apă caldă, care te masează uşor... Acum bucură-te de căldura apei care ţi se ridică din picioare, prin glezne, până peste genunchi şi în coapse. Această căldură blândă, calmantă, liniştitoare a apei îţi relaxează tot corpul. Acum scufundă-te complet şi înoată relaxat până la o piatră plată care seamănă cu o mică insulă aşezată aproape în mijlocul lacului [pentru cei care nu ştiu să înoate, indică faptul că vor merge prin apă până la piatră]. Acum, că ai ajuns la piatră, te poţi întinde pe ea. Are o formă perfectă pentru corpul tău, modelată ani de zile de ploile şi apele tropicale. Întinde-te pe piatră. Poţi auzi păsările din junglă şi poţi chiar auzi valurile oceanului care se rostogolesc pe ţărm pentru că acesta se află la mai puţin de jumătate de milă depărtare. În vreme ce auzi sunetele şi simţi confortul pietrei calde, s-ar putea să poţi simţi mireasma minunatelor flori tropicale care înconjură lacul. Soarele se strecoară printre palmieri. Doar bucură-te de toate astea. [Profunzimea hipnotică substanţială nu este necesară pentru această imagine ; chiar şi cei care au o reacţie minimă la hipnoză pot beneficia de pe urma ei.] Acum, pe măsură ce te bucuri de experienţa asta, de căldură, de susurul apei, de sunetele insulei tropicale, de miresmele florilor tropicale şi ale pământului, observi că poţi auzi cascada şi iat-o, s-a aflat acolo tot timpul, la capătul acestui lac întins, iar tu decizi să înoţi [sau să mergi] până la ea. Poţi sta jos sau în picioare sub cascadă. Apa caldă ţi se scurge pe cap, masându-ţi corpul şi spălând orice griji, preocupări, gânduri. Pur şi simplu savurează experienţa şi simte infinitele senzaţii de pace, calm şi linişte. Bucură-te de relaxarea pe care o aduce în fiecare muşchi al corpului tău. Pe măsură ce te îndepărtezi de cascadă poţi hotărî să revii pe piatră pentru un pui de somn sau să te odihneşti pe malul lacului. Relaxarea te cuprinde de la sine – aerul proaspăt, strălucirea soarelui, piatra caldă, siguranţa –, o resimţi, iar sunetele domoale ale junglei sunt atât de plăcute, atât de liniştitoare, atât de paşnice, atât de calme, întregul tău corp este relaxat, calm, în vreme ce tu poţi să apeşi pe un buton al somnului şi să adormi adânc, dormi.
>
> Acum ştii că poţi regăsi aceste senzaţii ori de câte ori doreşti. Noaptea, când vrei să adormi, pur şi simplu repetă această experienţă în minte şi, de fiecare dată când o faci, vei adormi imediat, perfect, cu uşurinţă, simţind liniştea calmă curgându-ţi în fiecare fibră a corpului, profund adormit.

Sforăitul puternic

Cotecha şi Shneerson (2003) au trecut în revistă 10 proceduri chirurgicale sau dispozitive disponibile în prezent pentru apneea în somn. Dovezile obiective ale beneficiilor acestor intervenţii sunt, în cel mai bun caz, răzleţe, nici un succes pe termen lung al vreunei operaţii „neavând o probabilitate mai mare de 50%".

Ewin (2004) a relatat o tehnică pentru tratarea sforăitului stentorian. Pacienta, o femeie trecută de 55 de ani, sforăia atât de tare, încât atunci când familia ei pleca în vacanţă trebuia să stea într-o cameră de hotel separată. Acasă avea un dormitor separat în spatele casei. S-a folosit o inducţie cu darea ochilor peste cap şi închiderea lor, însoţită de inspirat adânc şi de instrucţiunea de a reţine aerul 5 secunde, apoi una de relaxare progresivă a muşchilor pentru adâncire (Ewin, 1992). Pacienta se pare că a intrat în transă profundă după 3-5 minute de relaxare musculară treptată. Atunci i s-a spus: „De acum înainte vei descoperi că poţi face să-ţi fie imposibil să faci zgomotul acela oricât de mult ai încerca. Încearcă acum... încearcă din nou". A respirat de câteva ori pe nas şi cu gura deschisă, apoi cu ea închisă, fără nici un sunet de sforăit. După alertare, i s-a cerut să mai încerce o dată – la fel, nici un sunet.

A încetat complet să mai sforăie şi a revenit în dormitor alături de soţul ei. După un an s-a întors – obiceiul îi revenise în urmă cu o lună. După chestionare, mai întâi a insistat că nimic semnificativ nu se petrecuse în ultima perioadă de timp, dar apoi a dezvăluit că avusese o întindere la spate, iar ortopedistul îi dăduse un medicament pentru relaxarea muşchilor. Sforăitul revenise după ce luase tratamentul. A fost repetată şedinţa hipnotică ce avusese succes prima dată, iar fiica ei, care locuise cu ea în aceeaşi casă, a spus că în următorii 4 ani cât a mai trăit nu a mai sforăit niciodată.

Ideea, aşa cum a explicat Ewin (2004), este că o sugestie hipnotică pozitivă „fă să-ţi fie imposibil" este mai bună decât una negativă – „nu vei putea să" – şi că verbul „încearcă" implică eşecul, aşa încât el îl foloseşte doar atunci când nu vrea ca ceva se să petreacă. Ewin mai crede că dacă acesta induce confuzie pentru că pacienta a tot „încercat" să nu sforăie şi niciodată nu i-a dat prin gând să încerce să o facă.

Relaxarea muşchilor orofaringieni ce are loc în timpul somnului este legată de sforăit. Evident, aceşti pacienţi nu sforăie în timp ce sunt treji sau îşi controlează conştient musculatura. Hipnoza poate fi folosită pentru a crea conştient simptomul şi a-l supune controlului voluntar. În cazul de faţă, e posibil ca medicamentul pentru relaxarea muşchilor prescris să fi provocat reapariţia problemei ca un semnal semnificativ. Acest lucru corespunde literaturii de specialitate care arată că hipnoza poate avea mult succes în tratarea diverselor afecţiuni musculare cum ar fi distonia (Prussack, 2002).

Performanța academică

Studenţii vin deseori la centrele lor de consiliere plângându-se de incapacitatea de a se concentra, de anxietăţi cu privire la examene şi de griji privind viteza de citire. Acesta este de obicei rezultatul proastelor obiceiuri de studiu. Corectarea lor este lăsată pe seama consilierului psihologic care poate folosit o varietate de proceduri autoritate, nonautoritare sau cognitiv-comportamentale menite să îi înveţe pe tineri cum să stabilească un orar regulat de învăţat şi cum să înlăture gândurile care îi distrag în această perioadă. Hipnoza poate fi de mare ajutor.

Stanton (1993) a folosit hipnoterapia pentru a depăşti anxietatea privind examinarea în cazul a 11 medici care picaseră examenul de rezidenţiat şi care căutau ajutor pentru a-şi combate temerile pe care le considerau responsabile pentru eşec. Au fost trataţi individual timp de doar două şedinţe a câte 50 de minute fiecare de pregătire hipnoterapeutică menită să le sporească încrederea în capacitatea de a-şi depăşi anxietatea cu privire la examen.

În prima şedinţă a fost evaluată anxietatea şi a fost întemeiat raportul, înainte de inducerea hipnozei cu o tehnică de relaxare şi focalizare a atenţiei asupra respiraţiei. Participanţii au fost îndemnaţi să dezvolte o atitudine detaşată, ca şi cum s-ar fi uitat la altcineva cum respiră. A fost încurajat calmul mental prin imagini ale minţii asemenea unui ochi de apă cu suprafaţa complet liniştită, ca o oglindă, în care gândurile puteau fi privite într-o manieră detaşată, permiţându-li-se să plutească pe luciul apei. Ei au fost instruiţi că sunt „capabili să scape de gunoi aruncând obstacole mentale cum ar fi temerile, îndoielile şi anxietăţile pe un tobogan pentru deşeuri din care acestea nu mai pot reveni". Sugestiile hipnotice au inclus „înlăturarea unei bariere care reprezintă tot ce e negativ" în vieţile participanţilor. În această barieră sunt întruchipate gândurile autodistructive, îndoielile, fricile, forţa eşecurilor şi înfrângerii, obstacolele mentale şi limitările autoimpuse.

În a doua şedinţă, starea hipnotică a fost indusă din nou cu ajutorul relaxării. Participanţilor li s-a cerut apoi să-şi „amintească o situaţie pozitivă din trecut în care au trăit sentimente de calm, încredere sau determinare". În timp ce recreau mental aceste sentimente, li s-a cerut să strângă pumnul mâinii lor dominante. Li s-a sugerat

că, pe viitor, de fiecare dată când își vor strânge pumnul vor retrăi sentimentele dorite. Li s-a permis să exerseze suplimentar cu alte două situații pozitive din trecut pentru a-și crește încredea în abilitatea de a evoca starea emoțională dorită. Atenția a fost focalizată și asupra stării emoționale neplăcute pe care o au în sala de examen, aceasta incluzând, de obicei, anxietate, indecizie sau îndoială de sine. Pe măsură ce participanții recreau mental această scenă, le erau sugerat hipnotic faptul că sentimentele neplăcute puteau fi trimise ca pe un tub în jos spre umăr și braț, până în pumnul mâinii nondominante unde vor fi ținute strâns. Ideea era de a lega cele două părți ale procedurii strângând simultan mâna dominantă într-un pumn puternic, încrezător și fericit și desfăcând-o pe cealaltă pentru a lăsa sentimentele neplăcute să scurgă și să se risipească în abis. Astfel ei au putut să schimbe stările emoționale negative cu unele plăcute și pozitive. Au fost folosite două măsurători obiective are rezultatelor pentru a se determina eficienta hipnozei ; rezultatul propriu-zis al examenului și o scală a atitudinii. După hipnoză, 10 din cei 11 medici au trecut examenul cu brio ; 9 dintre ei au indicat o schimbare de atitudine prin scăderea nivelelor de anxietate față de test.

Wark (1996) s-a focalizat asupra învățării studenților să-și îmbunătățească propriile capacități de asimilare cu ajutorul autohipnozei. Acesta este unul dintre puținele studii din domeniu care folosește o inducție hipnotică alertă (Barabasz și Barabasz, 1994a). Participanții au învățat să adâncească transa, să-și administreze o sugestie pentru îmbunătățirea studiului, să deschidă ochii și să înceapă să învețe în timp ce rămân hipnotizați. Inducția creată de Wark este următoarea :

> Aceasta este o tehnică practică pentru a-ți aduce mintea rapid într-o stare de atenție focalizată și corpul într-o stare eficientă de calm și relaxare. Este o tehnică este numită „Levierul", pentru că în ridici mintea cu ajutorul unui levier într-o stare de concentrare puternică și îți relaxezi corpul în timp ce păstrezi tensiunea minții. Apoi îți ridici puțin mai mult focalizarea mentală și, din nou, îți relaxezi corpul. Apoi a treia oară ridici concentrarea și relaxezi trupul. Așază-te confortabil pe scaunul tău. Alege un punct asupra căruia să te focalizezi și ocupă-te de el rămânând alert. Respiră adânc, stai drept pe scaun și îndreaptă-ți coloana spre cer. Focalizează-ți atenția asupra țintei și începe să expiri. Pe măsură ce faci asta, ține coloana dreaptă, dar permite-le umerilor să se relaxeze, ca și cum o mantie ți-ar cădea pe spate. Mai inspiră adânc încă o dată

în vreme ce te concentrezi pe ținta ta. Încordează-ți toți mușchii de la mijloc în jos; șoldurile, coapsele, pulpele și labele picioarelor. Sporește-ți atenția alertă asupra țintei și relaxează încet partea de jos a corpului în timp ce expiri. Inspiră adânc pentru a treia oară. Încordează-ți întreg corpul și observă-ți, chiar mai alert, ținta în timp ce ții spatele drept, dar expiri și îți relaxezi tot trupul. Observă că mintea îți este alertă și privirea fixată asupra țintei în vreme ce corpul se relaxează. Când ești gata, dă-ți sugestii de învățare.

După ce au învățat să folosească procedura hipnotică alertă, studenții au folosit cu toții autohipnoza pentru o serie de abilități legate de studiu. Au învățat să-și genereze propriile sugestii hipnotice pentru a recapitula temele înainte de a se apuca de lucru, pentru a asculta și a lua notițe mai atent în timpul cursurilor.

Au fost înregistrare notele în trimestrul dinaintea cursului, în timpul lui și în trimestrul următor. Satisfacția și informațiile privind profunzimea au arătat că studenții au fost implicați pe toată durata cursului. Cei care au obținut cele mai mari punctaje pe scala imaginației creative (o scală care se corelează cu hipnotizabilitatea) și au avut cea mai mică medie școlară înainte de hipnoză au obținut cele mai multe îmbunătățiri în timpul cursului. De asemenea, și-au sporit semnificativ media notelor din trimestrul care a urmat.

Koe și Oldridge (1988) au testat efectele sugestiilor induse hipnotic asupra performanțelor de lectură în cazul a 52 de studenți voluntari. Aceștia s-au întâlnit pentru ședințe hipnotice de câte o oră de-a lungul unei luni, cu inducții hipnotice de relaxare urmate de administrarea *Scalei Stanford de Susceptibilitate la Hipnoză*, Forma A. S-au folosit și proceduri de adâncire implicând vizualizări ale unei scene create de autori. Profunzimea hipnotică a fost testată cu *Scala Lungă Stanford a Profunzimii Hipnotice* (Tart, 1972), o scală de la 1 la 10 de autoevaluare din partea participantului. Sugestiile hipnotice pentru întărirea eului au fost administrate folosind abordarea Hartland (1971), modificată pentru lectură. Sugestiile au fost întărite de-a lungul celor patru ședințe de tratament. Verbalizarea sugestiilor a fost modificată pentru grupurile preocupate de părerea celorlalți astfel încât sugestiile să influențeze percepția opiniilor celor din jur, de exemplu „ceilalți vor considera că citești mai bine". Unui grup cu preocupare pentru părerea celorlalți combinată cu opinia față de sine i-a fost administrat un amestec de sugestii cum ar fi „tu și ceilalți veți considera că citești mai bine". Testul de citire Nelson-Denny

(Nelson şi Denny, 1960) a arătat că participanţii hipnotizabili au obţinut punctaje mai mari decât cei nehipnotizabili şi că sugestiile referitoare la părerea celorlalţi au îmbunătăţit semnificativ performanţele în materie de lectură.

Barabasz şi Barabasz (1994a) au folosit hipnoza alertă şi activă cu sugestii directe pentru creşterea vitezei de lectură, a încrederii şi a înţelegerii în cazul grupului de control şi al celui experimental. Atât grupul foarte hipnotizabil, cât şi cel puţin hipnotizabil au reuşit să obţină, la testul Nelson-Denny, punctaje mult mai bune privind înţelegerea.

În cadrul uneia dintre cele mai neobişnuite abordări ale anxietăţii faţă de examene, Erickson (1965) a indus hipnoza şi i-a sugerat studentului că va trece examenul, însă doar cu „cea mai mică notă de trecere". Ideea a fost că aceste probleme pot proveni din nevoia de autoînfrângere. Folosind astfel de sugestii, el intenţiona să le dea satisfacţie, ţinându-l în acelaşi timp pe student peste nota de trecere. Erickson a sugerat şi că fiecare întrebare va „părea să aibă puţin sens", „puţină informaţie va ajunge în conştientul tău. Când timpul va expira, vei fi răspuns la toate întrebările".

Într-un studiu nepublicat, i-am sugerat (J.G.W.) unei studente în vârstă de 19 ani aflată în al doilea an de colegiu că are acum are 29 de ani, o diplomă de doctorat de la o universitate cu renume şi poate citi şi înţelege foarte repede, după care şi-a sporit viteza cu 50% şi nivelul de înţelegere cu 10%, conform măsurătorilor unui oftalmograf care i-a fotografiat mişcările ochilor. Deşi o persoană, în mod normal, nu şi-ar distorsiona până la acest nivel percepţia de sine pentru a trata problemele de învăţare, s-a stabilit că hipnoza poate influenţa în foarte mare măsură comportamentul legat de citit, cel puţin pentru o scurtă perioadă de timp. Acest experiment clinic se bazează pe ideea îmbunătăţirii obiceiurilor de studiu şi a vitezei de lectură prin ameliorarea imaginii despre sine a participantului.

Aşa cum am arătat în acest capitol, în prezent sunt create şi folosite multe abordări inovatoare ce folosesc procedurile hipnotice. Pionerii ca Lieblault, Bernheim, Janet şi Freud ar fi uimiţi.

CAPITOLUL 17

Hipnoza în cazul copiilor

Sensibilitatea la hipnoză

Sunt necesare tehnici de tratament unice atunci când este vorba de problemele copilăriei. Psihoterapiile verbale sofisticate se pot dovedi foarte puţin utile atunci când aveam de-a face cu procesele cognitive şi emoţionale imature ale unui copil în dezvoltare. Folosirea hipnozei pentru tratarea multor probleme ale celor mici este indicată în mod special pentru că hipnotizabilitatea creşte începând de la 3 ani şi îşi atinge maximul în jurul vârstei de 11 ani, din acel punct scade uşor până pe la 16 ani şi rămâne destul de stabilă de-a lungul restului vieţii adulte (Morgan şi Hilgard, 1978-1979).

E mult mai probabil ca un copil să treacă aproape fiecare test al unei scale a hipnotizabilităţii potrivită vârstei lui decât în cazul unui adult. Astfel de variaţii evolutive remarcabile indică potenţialul special al hipnozei ca intervenţie şi mai eficientă pentru copii decât pentru adulţi (Milling şi Costantino, 2000). Totuşi, literatura despre hipnoterapie în cazul copiilor este restrânsă în comparaţie cu cele peste 7.000 de lucrări publicate pe tema hipnozei pentru 150 de categorii adulte diferite implicând medicina generală, psihologia şi aspectele interdisciplinare (Nash, 2000). Olness şi Kohen (1996) sunt autorii celui mai cuprinzător text dedicat exclusiv hipnozei în cazul copiilor.

Hipnoza reprezintă o formă de regresie, fiind astfel deosebit de potrivită pentru tratarea numeroaselor probleme ale copilăriei. Cei mici gândesc mai concret decât adulţii şi sunt mult mai sensibili la sugestii, chiar şi în afara contextului hipnotic. În afara unui grup restrâns de nonrespondenţi, copiii sunt mai uşor de hipnotizat decât oamenii mari. Eşecul în tratarea lor deseori provine din faptul că terapeutul nu raţionează aşa cum o face un copil. Medicii care

lucrează cu cei mici, fie că folosesc sau nu hipnoza, trebuie să-şi poată regla gândirea şi felul de a simţi la nivelul micilor pacienţi, dacă vor să aibă succes. Din păcate, până în momentul în care mulţi dintre noi ajungem la vârsta adultă uităm sau reprimăm propriile stări infantile astfel încât acestea nu mai pot fi aduse în conştient pentru a relaţiona cu copiii în propria lor structură de referinţă. Terapeuţii cărora li se întâmplă asta, pur şi simplu nu ar trebui să trateze copii, iar mentorii lor ar trebui să-i îndrume spre lucrul în alte domenii ale psihologiei.

Inducerea hipnozei în cazul copiilor este cel mai bine să fie făcută sub forma unei fantezii sau a unui joc (Smith, Barabasz şi Barabasz, 1996). Unei fetiţe i se poate cere să se uite atent la păpuşa ei : „Păpuşica [foloseşte numele dat de copil jucăriei] e foarte obosită. Vezi cum ochii ei vor să se închidă ? Dacă îţi închizi ochii aşa cum vrea şi ea să facă, poate ai putea să o vezi în continuare cum se relaxează. Se simte atât de bine, îi e atât de cald şi tu poţi adormi chiar lângă ea".

Ultimul lucru pe care majoritatea copiilor ar vrea să-l facă este să închidă ochii, mai ales dacă vreo procedură medicală este pe cale să înceapă. În acele cazuri, ar fi mai bine să li se vorbească despre felul în care ar putea să-şi folosească imaginaţia pentru a face sau a simţi tot felul de lucruri. În loc să foloseşti cuvântul imaginaţie, ai putea alege să spui cum e să „te joci de-a" sau să „te prefaci". Apoi întrebi pur şi simplu : „Te joci vreodată de-a ceva sau te prefaci că eşti altcineva ? Atunci poţi face orice îţi doreşti. Ce ţi-ar plăcea să faci mai mult decât orice pe lume ? ". Apoi, aşa cum recomandă Morgan şi Hilgard (1978-1979), foloseşte punctul de interes ales de copil pentru a crea o scenă. Continuă spunând ceva de genul : „În regulă. Putem face asta chiar acum. Să ne prefacem că suntem la un picnic şi avem chiar în faţa noastră un mare coş de picnic. Cum arată coşul ? Cât de mare e ? O să întind aici, pe iarbă, o faţă de masă galbenă. De ce nu scoţi ceva din coş ? Spune-mi despre asta. Ce se mai află în coş ? ". Apoi indică pur şi simplu : „Ştii că poţi face o mulţime de lucruri interesante gândindu-te la ele aşa. E ca şi cum ţi-ai închipui ceva atât de mult, încât pare aproape adevărat. Cât de real ţi s-a părut ? ". Copilul spune că a fost destul de real. Acest lucru poate fi folosit ca o cale spre inducţia hipnotică necesară pentru procedura din momentul respectiv. Conceptul vine de la *Scala Stanford a Hipnozei Clinice pentru Copii*, modificată pentru vârste între 4 şi 8 ani (Morgan şi Hilgard, 1978-1979).

Şi folosirea imaginilor de la televizor este foarte eficientă. Copiilor li se cere să spună care este emisiunea lor preferată şi apoi să-şi imagineze că se uită la ea. Terapeutul desenează cu degetul în aer un ecran imaginar şi apoi îi spune micului pacient să se uite până când îşi vede personajul favorit, oricare ar fi acela. Dacă doctorul este familiarizat cu desenele animate, aşa cum se întâmplă în cazul multor terapeuţi care lucrează cu copii, e şi mai bine să se pună în locul unui anume personaj din acel program pentru a îmbunătăţi raportul : „Îl poţi vedea pe Scooby-Doo, Spider-Man, Superman, Strawberry Shortcake ? ". Copiilor li se poate spune apoi să se uite la tot desenul animat, care îi distrage, şi să îi povestească doctorului despre el când vor deschide ochii.

O altă tehnică cu susţinere empirică (J. Smith *et al.*, 1996) îi cere copilului să intre în rolul unui personaj din povestea preferată. Această metodă este cel mai eficientă când micilor pacienţi li s-a oferit oportunitatea de a folosi „teme pentru acasă" ca exerciţiu regulat, împreună cu un părinte ales de ei, sub îndrumarea terapeutului. Odată ce copilul este implicat imaginar fie în poveste, fie în desenele animate, medicul îşi poate vedea de procedura medicală dureroasă după cum e nevoie.

Magia este o altă cale deosebit de potrivită pentru copii (Zarren şi Eimer, 2001). Acestora li se poate spune că dacă doctorul le mângâie degetul, acesta va fi fermecat. Poate să amorţească şi să nu mai simtă nimic. Ei pot transfera amorţeala spre orice parte a corpului : braţe, gingii, faţă. Copiii se bucură foarte mult de senzaţia de putere pe care o au şi dezvoltă rapid abilitatea de a dobândi acest tip de anestezie. Astfel de proceduri hipnotice le permit să stăpânească situaţii în care înainte erau speriaţi, neajutoraţi şi forţaţi prin restricţii fizice să se supună unei proceduri dureroase.

Gândirea raţională este semnul maturităţii. Adaptarea psihologică, succesul şi fericirea depind mai degrabă de reacţia la semnale exterioare realiste, cu o perspectivă spre viitor, decât de fanteziile interioare. Însă tocmai această abilitate de a-şi închipui este caracteristică adulţilor mai hipnotizabili (J. Hilgard, 1979 ; Rhue, Lynn şi Kirsch, 1993). Josephine Hilgard (vezi A. Barabasz, 1982) a descoperit că indivizii crescuţi în familii cu disciplină strictă tind să fie mai uşor de hipnotizat. Această descoperire a fost greşit înţeleasă de unii drept o formă de condiţionare a copilului să nu pună sub semnul întrebării reacţia faţă de autoritate, dar dezvăluirile lui Hilgard indică

faptul că cei mici care sunt trataţi foarte strict şi pedepsiţi frecvent dezvoltă propriile resurse imaginare pentru a evada dintr-o situaţie exterioară pe care nu o pot controla. În mod asemănător, adulţii cu o hipnotizabilitate sub medie şi-au dezvoltat capacitatea imaginativă într-un efort de a face faţă celor 6 ore petrecute în condiţiile restricţionării stimulilor ambientali (A. Barabasz, 1982). Ei au fost capabili apoi să-şi dubleze punctajele pe *Scala Stanford a Hipnozei Clinice* şi să-şi crească foarte mult capacitatea de a obţine insensibilitatea la stimuli dureroşi.

Pe măsură ce copiii cresc, nivelele lor de hipnotizabilitate se stabilizează (Cooper şi London, 1971) şi încep să scadă uşor odată cu apropierea de adolescenţă. Aşadar, odată cu maturizarea ar trebui folosite abordări alternative ale inducţiei hipnotice. Gardner şi Olness (1981) recomandă pentru cei foarte mici (primii 2 ani) mângâierea, lovirea uşoară, legănatul, muzica, zbârnâitul, obiectele cu impact vizual sau ţinerea în braţe a unei păpuşi sau a unui animal de pluş. Între 2 şi 4 ani povestirea devine mai eficientă. Descrierea activităţii preferate a copilului ; vorbitul prin intermediul unei păpuşi, al unui ursuleţ sau unei marionete şi vizionarea unei inducţii filmate pot fi destul de eficiente. Pentru copii cu vârste cuprinse între 4 şi 6 ani, terapeutul va descoperi că poveştile, fanteziile ce implică programe televizate şi descrierea locului favorit al copilului sunt deseori cele mai utile. Fixarea ochilor, implicând privirea cu atenţie a unei monede, poate fi eficientă şi la aceste vârste, extinzându-se până spre gama de vârste între 7 şi 11 ani. În cazul adolescenţilor pot fi folosite abordări mai tradiţionale.

Una dintre cele mai importante motivaţii este impulsul lor spre dominaţie şi independenţă, considerând că lumea copiilor este plină de oameni mari cărora trebuie să li se supună, iar adulţii sunt nişte uriaşi care le spun ce să facă şi cum să se comporte. Nu e de mirare că oportunităţile de a-şi manifesta independenţa şi de a domina evenimentele lumii sunt atractive.

Interesant, multe dintre aceste nevoi apar când stările infantile ale eului sunt activate spontan (sau prin regresarea hipnotică a adulţilor) (Emmerson, 2003 ; Watkins şi Watkins, 1997). Când o stare de copil a eului care s-a temut de „monştri" a devenit executivă în mod spontan într-un caz de personalitate multiplă (tulburare de identitate disociată) (Watkins şi Johnson, 1982), H. Watkins l-a învăţat pe individ să controleze frica strigând „MONSTRULE, pleacă ! ".

Atunci monştrii imaginari dispăreau, iar starea de copil a eului era liniştită, reuşind să controleze situaţia. S-ar părea că multe tehnici de terapie pentru copii pot fi folosite în cazul adulţilor când aceştia regresează hipnotic la astfel de stări.

Exersarea situaţiilor sociale prin vizualizare hipnotică sau imaginare se referă la mersul singur la şcoală, înfruntarea unui bătăuş sau apropierea de sexul opus în adolescenţă şi poate face multe pentru întărirea eului şi minimalizarea traumelor. Acest lucru nu diferă foarte mult de înfruntarea materialului reprimat în hipnoanaliză, înainte de a raporta totul la sine, în starea conştientă.

Numeroase probleme medicale cum ar fi astmul, dermatita şi tulburările gastrointestinale îi afectează pe copii la fel ca şi pe adulţi. Tehnicile hipnoterapeutice descrise în capitolele anterioare au fost construite în primul rând pentru oamenii mari. Totuşi, luând în considerare diferenţele faţă de modul de comunicare al copiilor, multe dintre ele pot fi adaptate pentru pacienţii mai tineri. Hipnoterapeutul care va trata copii va trebui să modifice sugestiile hipnotice pentru ca acestea să coincidă cu mai limitatele capacităţi de atenţie ale celor mici. De asemenea, în formularea sugestiilor trebuie atent evaluate nevoia de independenţă faţă de controlul adult, nevoia de stăpânire a situaţiilor ca şi aplecarea spre comunicarea nonverbală, gândirea concretă şi abilităţile imaginative. Terapeutul creativ va lua în considerare aceşti factori când le va aplica hipnoterapia micilor pacienţi. Hipnoanaliza profundă este rareori indicată, dar anumite cunoştinţe generale cu privire la dinamica personalităţii sunt foarte valoroase, la fel ca şi înţelegerea potenţialelor dificultăţi în încercarea de a îndepărta un simptom care poate a fost generat ca răspuns la o nevoie inconştientă sau la un subtil conflict părinte-copil.

Problemele părinte-copil

Lucrul cu hipnoza în cazul copiilor poate fi impregnat cu atitudinile părinţilor. În general, publicul reţine încă atât de multe concepte legate de hipnoză din filme şi de la televizor, încât părinţii deseori refuză să permită folosirea metodei asupra copiilor lor, crezând fie că e ineficientă, fie că e un instrument diabolic de control. Dacă părinţii nu înţeleg, la un anumit nivel, ce poate şi ce nu poate face hipnoza şi nu sunt dispuşi să coopereze, devine practic imposibil să

utilizezi modalitatea asupra copiilor lor. Lipsa de informare şi prejudecăţile afişate de multe familii sunt deseori susţinute de acele dezinformări şi prejudecăţi exprimate de cei câţiva medici neformaţi rămaşi în profesie, de învăţăturile unor reprezentanţi ai religiilor şi de alţi practicanţi ai artelor vindecării ce dezaprobă procedura atât în faţa copiilor, cât şi a părinţilor. Tratarea acestor atitudini într-o manieră constructivă poate fi eficientă şi poate permite aplicarea cu succes a hipnozei în tratarea problemelor copilăriei.

Cooperarea din partea părinţilor este asigurată în special atunci când protocolul le permite acestora să fie implicaţi în intervenţie alături de copil (J. Smith *et al.*, 1996). Alternativ, educarea părinţilor cu privire la posibilităţile şi limitările hipnozei poate fi eficientă. Este important să le fie liniştite fricile şi domolite aşteptările nerealiste. Invariabil, cei mai cooperanţi părinţi sunt aceia care au experimentat ei înşişi hipnoza. Din acest motiv, eu (A.F.B.) îi invit să participe la primele şedinţe împreună cu copilul şi să se implice în trăirile imaginare discutate anterior.

Este important să recunoaştem că simptomele cum ar fi enurezisul şi „murdărirea" sunt semne frecvente ale unui conflict copil-părinte şi ale unei lupte pentru control. Inconştient, prin intermediul acestor acţiuni, copilul îşi asigură o mulţumire frustrându-l pe părinte şi, în acelaşi timp, primeşte mult mai multă atenţie, fie ea şi nefavorabilă. Profesorii de şcoală ştiu destul de bine că cei mici se mulţumesc deseori şi cu atenţia negativă ca o alternativă la a fi ignorat. Surprinzător, unii părinţi nu par să fie conştienţi de asta.

Scalele hipnotizabilităţii copiilor

Hipnotizabilitatea copiilor nu a avut parte de o studiere atât de intensivă sau exhaustivă ca cea a adulţilor. Totuşi, medicul sau cercetătorul în domeniul hipnozei adresate copiilor are acces la măsurători standardizate ale sensibilităţii la procedură ce includ *Scala Susceptibilităţii la Hipnoză pentru Copii* (London, 1963) şi *Scala Stanford a Hipnozei Clinice pentru Copii* (SHCS : C) (Morgan şi Hilgard, 1978-1979). De asemenea, SHCS : C a primit revizuiri importante şi a fost adusă la zi (Zeltzer şi LeBaron, 1984). Itemii acestei scale şi verbalizările lor sunt mult mai potrivite pentru copii decât cele din scalele pentru adulţi pe care le-am descris în capitolul 4.

Eficacitatea hipnozei pentru afecțiunile copilăriei

Numărul de afecțiuni ale copilăriei despre care se spune în literatura de specialitate că au fost tratate cu succes prin hipnoză este atât de mare încât a devenit o legendă. Totuși, Milling și Costantino (2000) au subliniat că doar 15 studii privind rezultatele hipnozei au fost complet controlate, ajungându-se la utilizarea unui tipar în care procedura hipnotică să fie comparată cu cel puțin o intervenție alternativă, fie hipnotică, nonhipnotică sau placebo, cu atenția sau condițiile de nontratament. Aplicând aceste criterii, hipnoza pentru copii s-a dovedit eficientă în cazul următoarelor afecțiuni : durere acută (Liossi și Hatira, 2003) ; anxietate cu privire la examinări (Stanton, 1993) ; performanța școlară și stima de sine a copiilor cu probleme de învățare (Johnson, Johnson, Olsen și Newman, 1981) ; controlul temperaturii periferice (Dikle și Olness, 1980) ; controlul imunoglobulinei salivare (Olness, Culbert și Uden, 1989) ; fibroză chistică (Belsky și Khanna, 1994) ; enurezisul nocturn (Banerjee, Srivastav și Palan, 1993 ; Edwards și Van der Spuy, 1985) ; greață și emeză (Jacknow, Tschann, Link și Boyce, 1994 ; Zeltzer, Dolgin, LeBaron și LeBaron, 1991) ; durerea presiunii la rece (Zelter, Fanurik și LeBaron, 1989) ; aspirarea măduvei osoase (Katz, Kellerman și Ellenburg, 1987) ; puncția lombară cu aspirarea măduvei osoase (Kuttner, Bowman și Teasdale, 1988 ; Zeltzer și LeBaron, 1982) ; flebotomie și aspirarea măduvei osoase (J. Smith *et al.*, 1996). Toate aceste studii au arătat efecte semnificative ale hipnozei în comparație cu unele condiții de control sau cu tratamentul standard. Unele cercetări au arătat că hipnoza este echivalentă cu distragerea concentrării, în timp ce altele au descoperit că prima este semnificativ mai eficientă. În cadrul studiilor care au descoperit că hipnoza funcționează mai bine decât distragerea, cercetătorii s-au străduit să asigure o profunzime suficientă a transei. Asta sugerează că, la fel ca în cazul adulților, copiii pot avea mai mult control dacă medicii fac tot posibilul să asigure adâncimea necesară, dar și o hipnotizabilitate suficientă. Profunzimea hipnotică adecvată pare esențială dacă se intenționează obținerea unor efecte reale, care să le depășească pe cele ce pot fi provocate de simpla distragere.

După trecerea în revistă a lui Milling și Costantino (2000), noi studii controlate au demonstrat eficacitatea hipnozei și în cazul

deficitului de atenţie/tulburării hiperkinetice. Hipnoza alertă (A. Barabasz, 1994) în combinaţie cu neuroterapia a fost eficientă pentru copiii cu tulburare de deficit de atenţie, cu sau fără hiperactivitate (Anderson, Barabasz, Barabasz şi Warner, 2000 ; Barabasz şi Barabasz, 2000 ; Warner, Barabasz şi Barabasz, 2000).

Tehnici de inducţie pentru copii

Adulţii şi copiii răspund destul de diferit la procedurile de inducţie hipnotică. Prin urmare tehnicile trebuie să fie modificate atunci când avem de-a face cu cei mai tineri. Cei mici sunt, de obicei, atât de uşor de hipnotizat şi, în mare parte a timpului, atât de aproape de hipnoza spontană încât ei ar putea fi în transă şi totuşi, la o privire superficială, să pară că se comportă îndeajuns de normal. Asemenea adulţilor hipnotizaţi, copiii se pot focaliza intens în situaţii concrete. Deseori pot fi în întregime absorbiţi, mergând până la excluderea comunicărilor ce le sunt adresate sau a altor distrageri. Această îngustare a câmpului de atenţie este tipică şi în cazul adultului hipnotizat (Spiegel şi Spiegel, 2004).

Temerile pasagere sunt mai proeminente în cazul copiilor decât al oamenilor mari. E mai probabil ca micuţii supuşi unei „diete" intense de televizor, filme şi violenţă a jocurilor pe calculator să manifeste asemenea frici. Dacă nu le arată, încercările de a-i hipnotiza pot eşua pur şi simplu pentru că terapeutul nu a reuşit să recunoască faptul că ei sunt temători şi neîncrezători. Prin urmare, timpul petrecut în momentul primelor contacte cu copilul, stabilirea raportului şi clădirea încrederii sunt esenţiale pentru succesul tratamentului.

Relaţionarea cu copiii cere un set unic de trăsături. Ei simt dacă sunt luaţi de sus. Cel mai probabil sunt mai sensibili decât adulţii la propunerile false. Trebuie să fii sincer şi, în acelaşi timp, capabil să gândeşti şi să simţi asemenea unui copil. Trebuie să-ţi laşi starea de copil a eului să iasă la suprafaţă şi să rezoneze cu micul pacient. Dacă terapeuţii reuşesc să facă asta, vor avea succes. Pe cât este de importantă relaţia terapeutică în cazul adulţilor, ea este şi mai semnificativă atunci când e vorba de copii.

Vieţile celor mici trebuie privite în contextul întregii situaţii ambientale în care ei trăiesc. Aşadar, este esenţială evaluarea, cât mai mult posibil, a mediului de acasă, deducerea tiparelor relaţionale care există în tot ambientul copilului, asta dacă se doreşte planificarea

cu succes a unui program terapeutic. Copiii nu pot fi trataţi în vid. Trebuie luate în considerare circumstanţele şi presiunile care îi înconjoară. Acest lucru este probabil valabil în cazul majorităţii indivizilor, dar mai ales când e vorba de cei mici.

Chiar şi copiii cu o tulburare de deficit de atenţie pot fi absorbiţi de anumite sarcini timp de mai multe ore la rând (Barabasz şi Barabasz, 1996). În consecinţă, întăririle, pentru a fi eficiente, trebuie administrate imediat după obţinerea comportamentelor dorite. Inducţiile vor trebui efectuate cât mai rapid şi mai simplu. În general, este considerabil mai eficientă fixarea privirii asupra unor obiecte în mişcare decât asupra unor puncte neclintite. Această tehnică poate fi folosită ca o punte directă spre adâncirea transei până la un nivel suficient pentru o anume sarcină.

Dat fiind că în cazul copiilor gândirea e mai concretă decât la adulţi, ei tind să se fixeze asupra unui aspect al situaţiei până la a exclude semnificaţia ei generală. Remarcabil, această caracteristică pare să fie păstrată până la maturitatea timpurie de studenţi altfel inteligenţi şi de succes. Dar, spre deosebire de orice adult, copiii pot întreba de ce morţii nu deschid ochii.

Există o dragoste mare pentru fantezie. Ceea ce lumea nu le oferă imediat în forma stimulării dorite, majoritatea copiilor pot crea în propriul joc. Asta înseamnă că imaginaţia devine o cale valoroasă de a ajunge la ei. „Să ne facem că" poate fi eficient şi totuşi simplu. Dar terapeuţii care încearcă să le strecoare propriile închipuiri copiilor, în locul celor create din asocierile făcute de cei mici, vor descoperi o întrerupere frecventă a comunicării. Ţinând cont de aceste aspecte, poveştile create de copii pot fi mai eficiente decât cele inventate de doctor.

Un băieţel de 9 ani care suferise o arsură severă în partea de sus a spatelui este un exemplu. De fiecare dată când pansamentul trebuia schimbat, striga din toate puterile şi trebuia să fie imobilizat de câteva asistente. Experienţa devenea o adevărată traumă. A fost trimis la mine (J.G.W.), în speranţa că hipnoza i-ar putea domoli durerea puternică până la a-l face mai cooperant. Împreună am inventat o poveste despre un băieţel care se joacă pe un câmp, o scenă care îi plăcea foarte mult. I s-a spus că de fiecare dată când i se va schimba pansamentul se va întoarce pe câmp şi se va juca acolo tot timpul şi, făcând astfel, nu va simţi nici un disconfort. Medicul curant a relatat că, din acel moment, băiatul a încetat să mai ţipe, a

stat cuminte în timpul schimbării pansamentelor şi nu s-a mai plâns de alte dureri.

Într-o altă comparare a hipnozei focalizate pe imaginaţie cu distragerea, Zeltzer, LeBaron şi Zeltzer (1984) au folosit 19 copii între 6 şi 17 ani cu un istoric al problemelor legate de chimioterapie. Din nou, s-a descoperit că hipnoza este un tratament eficient. Jacknow şi colaboratorii săi (1994) s-au concentrat pe testarea efectelor hipnozei *versus* cele ale medicamentelor antiemetice care erau disponibile, în caz de nevoie, pentru suferinţa cauzată de chimioterapie. Au participat 20 de copii cu vârste cuprinse între 6 şi 18 ani. Contextul hipnozei s-a desfăşurat în două până la trei şedinţe de învăţare practică a autohipnozei, care au pus accent pe imaginarea activităţilor şi locurilor preferate. Relaxarea progresivă a muşchilor a folosit şi ea ca parte a inducţiei. Sugestiile hipnotice specifice pentru controlul emezei s-au concentrat pe „localizarea centrului cerebral de control al reflexului de vomă şi închiderea lui". Pacienţii de control au petrecut aceeaşi perioadă de timp stând de vorbă cu terapeutul şi au primit medicamente antiemetice de îndată ce le-au cerut. Ambele grupuri au obţinut, în aceeaşi măsură, o reducere semnificativă a episoadelor de greaţă şi vomă. Poate şi mai importantă a fost descoperirea faptului că, una-două luni mai târziu, pacienţii din grupul de hipnoză au simţit mult mai puţină greaţă anticipativă decât copiii din grupul de control care au primit medicamentele.

Enurezis

O intervenţie medicală comună asupra enurezisului este folosirea Imipraminei, un antidepresiv triciclic care are ca efect secundar retenţia urinară. Banerjee şi colaboratorii săi (1993) au studiat 50 de copii cu enurezis nocturn ce aveau vârste cuprinse între 5 şi 16 ani, testând hipnoza *versus* intervenţiile cu Imipramină. S-au administrat sugestii hipnotice speciale pentru utilizarea toaletei în timpul nopţii. Copiii au fost încurajaţi să practice autohipnoza în fiecare seară, înainte de a merge la culcare. Contextul medicamentos a implicat simpla administrare a 25 mg de Imipramină în fiecare noapte. După prima săptămână de tratament, dozele au crescut săptămânal cu alte 25 mg pentru a produce „nopţi uscate". După trei luni, ambele tratamente au fost întrerupte şi s-a descoperit că amândouă au fost eficiente,

reducând mult enurezisul nocturn. După trei luni nu a existat nici o diferenţă semnificativă între grupurile de hipnoză şi Imipramină. Totuşi, la şase luni de la întreruperea tratamentelor a apărut o distincţie importantă între cele două metode, justificată de o recidivă substanţială în rândul pacienţilor care au primit medicamente. Copiii care se aflaseră în contextul hipnotic îşi menţinuseră „nopţile uscate".

Părinţii înţelegători şi cooperanţi pot deveni valoroşi terapeuţi auxiliari, asistându-şi copiii în dezvoltarea stăpânirii hipnotice a simptomelor. Totuşi, accentul trebuie pus pe „asistare", nu pe control. Practicarea şedinţelor cu părinţi şi copii îl va lămuri pe terapeut dacă un părinte nerăbdător recurge la presiuni asupra celui mic pentru a-l face să obţină fenomenele hipnotice. Atunci pacientul opune rezistenţă, iar eforturile terapeutice sunt blocate. Hipnoterapeuţii autoritari pot fi identificaţi uşor în mintea copiilor cu părinţii autoritari, iar cei mici vor reacţiona în consecinţă.

Durere acută

O investigaţie controlată recentă a eficacităţii hipnozei clinice în alinarea durerii (Liossi şi Hatira, 2003) a implicat terapia manualizată comprehensivă pentru 80 de pacienţi cu vârste cuprinse între 6 şi 16 ani care sufereau de cancer. Toţi erau supuşi regulat puncţiilor lombare şi au fost distribuiţi în mod aleator în grupuri care au beneficiat de : hipnoză directă cu tratament medical standard, hipnoză indirectă cu tratament medical standard, controlul atenţiei cu tratament medical standard sau doar tratament medical standard. Cele şase faze ale studiului au implicat : (a) evaluarea gradului de durere în anxietatea legată de durere din timpul puncţiilor lombare consecutive ; (b) intervenţii ; (c) evaluarea gradului de durere în anxietatea legată de durere din timpul primelor două puncţii lombare consecutive în care au fost folosite intervenţiile ; (d) pregătire în timpul căreia pacienţii au învăţat hipnoza în grupurile de hipnoză directă şi indirectă ; (e) evaluarea gradului de durere şi anxietate corespunzătoare în timpul primeia, celei de-a treia şi cele de-a şasea puncţii lombare în care a fost folosită autohipnoza ; şi (f) măsurarea hipnotizabilităţii folosind *Scala Stanford a Hipnozei Clinice pentru Copii*. Grupul de hipnoză directă a primit sugestii hipnotice cum ar fi :

> „Acum o să facem o vrajă puternică. Mai întâi trebuie să îţi faci partea de jos a spatelui să doarmă pentru câteva minute – îţi voi arăta eu cum. O să îmi pun pur şi simplu mâna pe spatele tău pentru a-l ajuta să amorţească... adormit şi amorţit... moale şi somnoros." Pentru anestezie topică, grupul a primit sugestii ca: „Imaginează-ţi că îţi badijonezi spatele cu medicamente care amorţesc". Pentru anestezie locală, grupul a primit sugestii de genul: „Imaginează-ţi că îţi injectezi anestezic în partea de jos a spatelui... simte-l cum îţi curge prin corp... observă schimbarea senzaţiilor pe măsură ce zona amorţeşte". Anestezia „în mănuşă" – cu o sugestie directă de a „fi atent la mâna ta... observă cum simţi furnicături în mână... las-o să amorţească... când este foarte amorţită, atinge partea de jos a spatelui cu acea mână... lasă amorţeala să treacă din mână în spate". S-a folosit şi tehnica hipnotică de rutină a întrerupătorului prin care pacientul poate „folosi întrerupătorul" pentru a „stinge" durerea în diverse părţi ale corpului.

Grupul de hipnoză indirectă a avut parte de fantezia unui apus adaptată după Levitan (1990):

> „Imaginează-te stând pe o superbă plajă grecească la apus... observă soarele strălucitor cum coboară spre orizontul îndepărtat... vezi soarele cufundându-se treptat în mare... vezi culorile schimbându-se din roşu în violet şi apoi în albastru... bucură-te de linişte... liniştea este disponibilă ori de câte ori ai nevoie de ea, pur şi simplu dându-ţi propriul tău semnal de relaxare! Poate ţi-ar plăcea să îţi laşi arătătorul şi degetul mare să se unească într-un semn de OK magic... acesta este semnalul tău pentru a te bucura imediat de relaxare şi calm oricând doreşti".

Pacienţii din grupurile de hipnoză au raportat semnificativ mai puţină durere şi anxietate şi, în urma puncţiei, au demonstrat mai puţină suferinţă din punct de vedere comportamental decât cei din grupurile de control. Atât sugestiile directe, cât şi cele indirecte au fost eficiente în aceeaşi măsură şi au corespuns studiului lui J. Smith şi al colaboratorilor săi (1996). În ambele grupuri de hipnoză, hipnotizabilitatea a fost în mare parte asociată beneficiilor obţinute de pe urma tratamentului. Efectele terapeutice scădeau când participanţilor li se cerea să folosească doar autohipnoza (Liossi şi Hatira, 2003).

Hipnoza cu focalizarea imaginaţiei a fost comparată cu distragerea pentru calmarea durerilor îngrozitoare provocate de aspirarea măduvei osoase şi puncţiilor lombare la care au fost supuşi 33 de pacienţi ai unei secţii de oncologie, cu vârste între 6 şi 17 ani

(Zeltzer şi LeBaron, 1982). Contextul hipnotic a implicat imaginarea unor activităţi distractive, joaca şi fantezii pe gustul copiilor. Distragerea a inclus antrenarea folosind respiraţia adâncă şi orientarea spre semnale exterioare. S-a descoperit că hipnoza este mult mai eficientă decât distragerea atât în calmarea durerii, cât şi în reducerea anxietăţii. Superioritatea hipnozei focalizate pe imaginaţie în faţa distragerii a fost vizibilă în special în reducerea suferinţei subiective provocate de procedurile medicale invazive.

J. Smith şi colaboratorii (1996) au comparat hipnoza şi distragerea în cazul a 27 de copii (cu vârste cuprinse între 3 şi 8 ani) care sufereau de cancer. Copiii şi părinţii lor au fost repartizaţi aleatoriu în una dintre cele două secvenţe echilibrate de tratament. Părinţii au fost învăţaţi cum să îşi ajute copii să se implice într-o fantezie hipnotică făcând, împreună cu cel mic, o călătorie spre un loc preferat, creat după una din poveştile favorite. Adulţii au luat parte şi la contextul distragerii şi au fost învăţaţi cum să-şi implice copiii în jocul cu jucării săltăreţe şi care este tehnica de respirat normal („suflat") şi numărat, folosită în spital. Şedinţele de pregătire pentru părinţi şi şedinţele de practică pentru copii au fost monitorizate pentru a se asigura respectarea indicaţiilor.

În loc să implice terapeutul, părinţii joacă rolul acestuia în timpul procedurilor medicale invazive cum ar fi aspirarea măduvei osoase. Adulţii treceau apoi la intervenţia alternativă pentru a treia procedură. Studiul a obţinut o gamă largă de măsurători ale durerii şi suferinţei incluzând raportări din partea părinţilor, a copiilor, măsurători observaţionale oarbe ale durerii şi anxietăţii cu ajutorul evaluatorilor independenţi care judecă înregistrările video şi, de asemenea, evaluări din partea asistentelor ale reacţiilor pacienţilor. Datele au fost colectate la început, în faza de hipnoză şi în cea a distragerii. Spre deosebire de multe alte cercetări, acest studiu a măsurat şi hipnotizabilitatea folosind *Scala Stanford a Hipnozei Clinice pentru Copii* pentru a determina dacă aceasta justifică rezultatele obţinute.

Majoritatea copiilor erau mediu spre foarte hipnotizabili şi toţi au arătat reduceri foarte importante ale percepţiei durerii şi ale suferinţei şi durerii observate de evaluatori independenţi ai procedurilor medicale. Corespunzător teoriei neodisocierii a lui E. Hilgard (1992), aceşti copii, în comparaţie cu cei puţin hipnotizabili, au obţinut, ca răspuns la hipnoză, şi punctaje semnificativ mai mici privind durerea, anxietatea şi suferinţa. Distragerea a produs efecte

pozitive însemnate în privinţa suferinţei evaluate de observatori în cazul copiilor puţin hipnotizabili. Măsurarea hipnotizabilităţii copiilor se dovedeşte valoroasă pentru că cei câţiva care sunt puţin hipnotizabili e mai probabil să beneficieze de pe urma tehnicilor de distragere, în vreme ce micuţii cu capacităţi hipnotice (marea majoritate) este mai probabil să răspundă unei intervenţii hipnotice.

Kuttner şi colaboratorii (1988) au testat hipnoza în comparaţie cu distragerea şi condiţiile de control în cazul a 48 de băieţi şi fete (cu vârste cuprinse între 3 şi 10 ani) cărora le era aspirată măduva osoasă. Hipnoza a inclus mai multe intervenţii printre care fantezia, sugerarea directă a analgeziei şi metafora specială a „întrerupătorului durerii" prin care copiilor le-a fost sugerat hipnotic faptul că pot întrerupe mesajele durerii în diverse părţi ale corpului. Deşi pregătirea înaintea procedurii a durat doar 5 până la 20 de minute, hipnoza s-a dovedit a avea mai mult succes decât practica medicală standard. S-a remarcat că cei mai mari copii aflaţi în contextele hipnozei şi distragerii au obţinut reduceri mult mai importante ale durerii şi anxietăţii evaluate de observatori, comparativ cu condiţiile de control, în vreme ce copiii mai mici aflaţi în contextul hipnotic şi-au redus semnificativ mai mult suferinţa decât toţi cei aflaţi în alte condiţii. Cei mai mici reacţionează mai bine la hipnoză decât la distragere.

Kohen (1986) s-a focalizat pe urgenţele pediatrice şi a obţinut rezultate similare. Autohipnoza a fost folosită punându-se accent pe relaxare şi imaginaţie ca ajutoare în reducerea rapidă a anxietăţii şi disconfortului. Frica a fost redusă, autocontrolul îmbunătăţit, iar percepţia subiectivă a disconfortului modificată.

Aşa cum am arătat în capitolele anterioare, literatura de specialitate care susţine folosirea hipnozei pentru durerile acute se dovedeşte extrem de eficientă. Sunt mult mai puţine cercetări controlate efectuate asupra copiilor, dar cele existente sunt foarte promiţătoare. Merită remarcat faptul că, spre deosebire de efectele frecvent echivalente ale hipnozei şi distragerii în cazul simptomelor chimioterapiei, folosirea lor pentru durerea acută arată o cu totul altă imagine.

Performanţa şcolară

Un număr de studii s-au concentrat asupra performanţei învăţării şi randamentului studenţilor (Rather, Barabasz şi Barabasz, 1993) şi

asupra vitezei de citire şi a nivelului de înţelegere (Barabasz şi Barabasz, 1994b). Hipnoza pentru îmbunătăţirea performanţelor şcolare a fost folosită şi pentru a-i ajuta pe copiii cu dizabilităţi de învăţare (A. Barabasz, 1997 ; Crasilneck şi Hall, 1985 ; Krippner, 1966).

În unul dintre studiile cel mai frecvent citate, L. Johnson şi colaboratorii (1981) s-au axat pe efectele autohipnozei de grup asupra respectului de sine şi a performanţelor şcolare ale copiilor cu dizabilităţi de învăţare. Studiul a implicat 33 de băieţi şi fete cu vârste cuprinse între 7 şi 13 ani, părinţii şi profesorii acestora. Contextul hipnotic a inclus trei şedinţe de grup în care copiii au ascultat o inducţie cu sugestii de imaginare ce puneau accentul pe îmbunătăţirea performanţelor şcolare şi pe o părere mai bună despre sine. Copiii au fost învăţaţi şi să se autohipnotizeze pentru a vizualiza imagini asemănătoare pe care le puteau crea pe cont propriu. Părinţii şi profesorii au luat parte la aceleaşi şedinţe. Din păcate, hipnotizabilitatea nu a fost evaluată, iar profunzimea hipnotică nu a fost luată în considerare, reducându-se astfel efectele semnificative. Descoperirile au fost interesante, deoarece sugerează că autohipnoza pentru diminuarea anxietăţii provocate de examinări promite, în cazul copiilor, rezultate similare cu cele demonstrate pentru adulţi (Barabasz şi Barabasz, 1981 ; Stanton, 1993). Înainte de pregătirea formală în domeniul hipnozei a acestui autor (A.F.B.), un studiu anterior (A. Barabasz, 1973) a folosit, fără voie, hipnoza pentru desensibilizarea în grup a 87 de elevi de clasa a V-a şi a VI-a. Cei foarte şi puţin anxioşi cu privire la examinări au fost departajaţi în urma înregistrării nivelelor excitării anxietăţii fiziologice măsurate în timpul imaginării ghidate. Procedura relaxării musculare progresive de durată a lui Wolpe şi Lazarus (1966) a fost utilizată în mod repetat pentru a-i învăţa pe participanţi să creeze o stare antagonistă anxietăţii. Peste ani s-a recunoscut că tehnica a folosit, cel mai probabil în cazul majorităţii copiilor, la inducerea hipnozei în timpul celor cinci zile ale programului de pregătire.

În studiul publicat (A. Barabasz, 1973) au apărut şi rapoartele calitative din partea copiilor. Zeci dintre ei şi-au descris propriile imagini folosite pentru a face faţă fricii de examinări, dincolo de protocolul de desensibilizare prescris. Un elev a explicat că, după relaxare, şi-a imaginat că „trag de un fermoar din creştetul capului, îmi scot creierul şi îl pun pe bancă, apoi iau un furtun de incendiu pentru a spăla toate grijile legate de test". Un alt copil a dat foarte

multe detalii legate de „o armată din cap, care atacă, detonează, bombardează, anihilează şi distruge băieţii răi [anxietatea faţă de test care producea, în creier, o armată inamică] ce mă făceau să uit lucruri pe care le ştiam înainte de test". Astfel de imagini autogenerate erau tipice în rândul elevilor care îşi îmbunătăţiseră punctajele Lorge-Thordike (LT) la teste în perioada posttratament faţă de pretratament. În general, descoperirile au arătat că tratamentul a produs punctaje LT mult mai mari în cazul copiilor foarte anxioşi. Rezultatele studiului au fost coroborate de efecte semnificative asupra măsurătorilor fiziologice. Din păcate, datele privind hipnotizabilitatea şi nivele de profunzime au lipsit, la fel ca şi în studiul L. Johnson şi colaboratorilor (1981).

Sunt necesare viitoare cercetări în acest domeniu. Ar trebui să se acorde atenţie măsurării hipnotizabilităţii şi interacţiunii terapeut--copil, implicând, poate, sugestii hipnotice adaptate dificultăţilor sau nevoilor specifice ale pacientului.

Probleme medicale

Tricotilomania

Tricotilomania – sau smulgerea cronică a părului, ducând la alopecie – este o tulburare de comportament manifestată predominant în rândul copiilor şi tinerilor. De obicei este smuls părul capului, dar deseori sprâncenele, genele, părul pubian şi axilar pot fi ţinta comportamentului. Problema este larg răspândită, estimându-se că peste 8 milioane de oameni îşi smulg cronic părul (Azrin şi Nunn, 1978). Formulările comportamentale consideră această afecţiune drept un obicei izolat. Analiza comportamentală aplicată (Wolf, 1978) indică funcţia de reducere a anxietăţii pe care o îndeplineşte acest comportament care este menţinut prin antecedente endogene şi exogene cu consecinţe de o complexitate variabilă. O gamă largă de tehnici comportamentale destinate atât copiilor, cât şi tinerilor eşuează deseori din cauza necooperării.

O problemă gravă a intervenţiilor terapiei comportamentale este faptul că sunt universal dependente de cooperarea din partea clienţilor şi părinţilor. Aşadar nu e de mirare că eşecurile tratamentelor şi recidivele sunt puse pe seama lipsei de obedienţă.

Hipnoza are o lungă istorie a succeselor în tratarea tulburărilor de comportament, fără să aibă complexitatea majorității intervențiilor comportamentale focalizate asupra tricotilomaniei. Mai mult, hipnoza nu pare să aibă probleme cu docilitatea clientului. Date fiind promisiunile activității lui Spiegel și Spiegel (1978) pentru tratarea tricotilomaniei manifestate de doi adulți puternic hipnotizabili, s-a creat o procedură pentru a fi testată în cazul copiilor.

Abordând problema diferit decât au făcut-o cei doi Spiegel, am încercat (A.F.B.) o tehnică implicând conștientizarea și controlul, în cazul a patru adolescenți, băieți și fete, fiecare cu un istoric de cel puțin doi ani al tulburării. După prezentarea hipnozei pe calea unui exercițiu al imaginației care a inclus procedura „programului TV preferat", s-a administrat *Scala Stanford a Hipnozei Clinice pentru Copii*. Toți cei patru participanți aveau punctaje între 3 și 5, dovedind o susceptibilitate peste medie la hipnoză. Transa a fost indusă folosindu-se o variație a tehnicii de inducție alertă a dării ochilor peste cap (A. Barabasz, 1985). După sugestiile hipnotice de adâncire, s-a administrat următoarea sugestie posthipnotică: „Vei fi foarte conștient de fiecare dată când îți duci mâna la cap. Atunci totul depinde de tine, tu ai puterea, tu ai controlul, nici un obicei și nimeni altcineva nu te controlează. Îți poți smulge părul dacă vrei sau poți alege să-ți controlezi obiceiul". Toți cei 4 copii au încetat să-și mai smulgă părul după 3-5 zile de la singura inducție hipnotică. Toți au relatat că s-au uitat regulat la cartonașul de 7,5 × 12,5 cm dat de mine, ce avea scrisă pe el sugestia, că au continuat să practice inducția hipnotică a dării ochilor peste cap și că experiența le-a plăcut foarte mult.

La scurt timp după aceea, M. Barabasz (1987) a testat o formă mai sofisticată a sugestiei hipnotice în cazul a patru femei de 19, 21, 24 și 34 de ani ce aveau o istorie a tricotilomaniei de doi până la opt ani. Ea a adăugat, pe lângă inducția dării ochilor peste cap, și o instrucție a inducției de relaxare din *Scala Stanford a Hipnozei Clinice*. Trei din cele patru paciente au încetat, în urma tratamentului, să-și mai smulgă părul, în vreme ce a patra, care în ultimele 30 de luni se întâlnise o dată pe săptămână cu psihiatrul ei pentru terapie psihanalitică, a dat un telefon „de urgență", seara târziu, plângându-se că nu își poate smulge părul și că „tensiunea" este insuportabilă. I s-a amintit că sugestia posthipnotică sublinia conștientizarea obiceiului și alegerea pe care o implică. A spus că se simte

„mai relaxată şi controlată" şi că „nu are griji deosebite cu privire la atingerea părului". Spre deosebire de celelalte trei paciente, comportamentul ei a revenit la nivelul de bază pretratament şi a rămas astfel la controalele efectuate după 6 şi 9 luni.

Reglarea temperaturii periferice

Reglarea temperaturii periferice este importantă şi eficace în tratarea diverselor tulburări, inclusiv a bolii Raynaud şi a migrenelor. Pacienţii care învaţă cum să îşi crească circulaţia periferică, încălzindu-şi extremităţile, raportează şi senzaţii de relaxare şi calm ce pot fi folositoare în multe eforturi terapeutice. Biorezonanţa cu senzorii de temperatură ataşaţi, de exemplu, degetelor unei persoane a fost cândva considerată cea mai eficientă metodă de a-i antrena pe pacienţi să îşi direcţioneze fluxul sangvin spre extremităţi. Totuşi, după o scurtă perioadă de timp, subgrupul de pacienţii care chiar reuşea să răspundă rezonanţei auditive sau vizuale legate de cantitatea de căldură trimisă într-un deget învăţau repede să încălzească doar extremitatea respectivă, de care era ataşat senzorul. Asta era o situaţie nu tocmai ideală pentru tratarea afecţiunilor în chestiune!

Testele clinice (A. Barabasz, 1977; Barabasz şi Wright, 1975) au sugerat că hipnoza ar putea fi o metodă alternativă mai generală pentru accelerarea circulaţiei periferice. S-a efectuat un experiment controlat pentru a se determina dacă biorezonanţa, cu sau fără sugestie hipnotică, este mai eficientă în antrenarea răspunsului vasodilatant decât biorezonanţa mediată sub hipnoză (Barabasz şi McGeorge, 1978). Condiţiile experimentale au inclus un protocol standard de rezonanţă auditivă, condiţiile unei false rezonanţe, instrucţiuni de relaxare şi un grup experimental care a fost supus hipnozei în timpul căreia sugestiile hipnotice pentru încălzirea mâinii erau mediate pe baza monitorizării permanente a temperaturii mâinii pacientului, datele fiindu-i furnizate terapeutului şi nu pacientului. Nu au existat diferenţe statistice semnificative între primele trei grupuri, dar grupul de hipnoză a arătat o încălzire semnificativă a mâinii. Şaptezeci şi trei de persoane au participat la studiul iniţial, acesta fiind replicat ulterior în diverse situaţii clinice.

La scurt timp după aceea, Dikle şi Olness (1980) au investigat potenţialul hipnozei pentru copii, testând biorezonanţa în comparaţie

cu autohipnoza, dar o combinaţie între cele două. Folosind un eşantion de 48 de băieţi şi fete între 5 şi 15 ani, pregătiţi anterior pentru autohipnoză, ei au pus accentul pe efectele relaxării cu imaginarea activităţilor favorite ale copilului. Participanţilor li s-a cerut şi să îşi închipuie că mâinile devin mai calde sau mai reci, în funcţie de contextul specific. Din nou, s-a descoperit că hipnoza este eficientă, dându-le copiilor controlul asupra temperaturii periferice.

Modularea sistemului imunitar

Cercetările timpurii ale psihoneuroimunologiei au produs descoperiri care susţin folosirea hipnozei ca facilitator al modificării voluntare a activităţii imunitare (Hall, Minnes, Tosi şi Olness, 1992 ; Kiecolt-Glaser *et al.*, 1985 ; Olness *et al.*, 1989 ; Smith, McKenzie, Marmer şi Steele, 1985). Din păcate, nici unul dintre aceste studii nu a controlat hipnotizabilitatea, făcând dificilă determinarea specificităţii hipnozei în rezultatele pozitive ale cercetărilor. Zachariae şi Bjerring (1992) au arătat totuşi că lipsa reacţiei la dinitroclorobenzen şi difenilciclopropenonă poate fi modulată prin sugestie hipnotică directă folosindu-se imaginarea ghidată ca procedură de adâncire a inducţiei în cazul copiilor. Din păcate, nu au fost verificate efectele relaxării care ar fi putut justifica rezultatele şi fără hipnoză.

Laboratorul nostru de la Washington State University a testat efectele metodei asupra răspunsului imunologic pe 65 de studenţi voluntari, puţin şi foarte hipnotizabili, care au fost expuşi hipnozei, relaxării sau condiţiilor de control (Ruzyla-Smith, Barabasz, Barabasz şi Warner, 1995). S-au colectat mostre de sânge înainte de tratament şi de două ori după aceea, care au fost supuse citrometriei în flux. Acestea au arătat modificări semnificative ale răspunsului imunologic măsurat de celulele B şi celulele ajutătoare T doar pentru participanţii foarte hipnotizabili expuşi inducţiei hipnotice. Acest studiu demonstrează specificitatea hipnozei în modificarea pozitivă a sistemului imunitar.

Aplicaţia-cheie a imunomodulaţiei în cazul copiilor este aceea a lui Olness şi colaboratorilor (1980), care au folosit 57 de voluntari sănătoşi cu vârste între 6 şi 12 ani. Un grup a ascultat o casetă audio pentru autohipnoză cu instrucţiuni de relaxare şi imaginare, un grup de autohipnoză şi sugestie hipnotică a audiat o înregistrare similară care conţinea instrucţiuni specifice pentru creşterea numărului de

proteine imunitare din salivă, în vreme de copiii din grupul de control au fost implicaţi, pentru aceeaşi durată de timp, în conversaţie pentru menţinerea atenţiei. Doar grupul care a primit instrucţiuni de relaxare plus sugestii hipnotice a dovedit o creştere semnificativă a nivelelor de IgA (imunoglobulină de tip A), un anticorp care protejează tractul respirator superior de infecţii şi joacă un rol în lupta împotriva cariilor dentare.

Fibroza chistică

Fibroza chistică provoacă grave tulburări respiratorii ca urmare a efectelor pe care le are asupra plămânilor. Doisprezece copii cu vârste între 7 şi 18 ani au fost învăţaţi autohipnoza pentru a-şi îmbunătăţi funcţia pulmonară şi adaptarea fiziologică (Belsky şi Khanna, 1994). Ei au participat la trei şedinţe de pregătire în timpul cărora au ascultat o inducţie hipnotică ce cuprindea imaginarea unor scene pentru mai multă relaxare şi sugestii hipnotice specifice legate de eliberarea plămânilor, senzaţia de sănătate şi respiraţie confortabilă. Li s-a cerut să asculte caseta acasă, în fiecare zi. Descoperirile au arătat că grupul de hipnoză a obţinut îmbunătăţiri semnificative ale funcţionării plămânilor, imaginii de sine, anxietăţii şi sănătăţii, în comparaţie cu un grup de control similar.

Greaţa şi voma (emeza) provocate de chimioterapie

Acestea sunt efecte secundare obişnuite ale tratamentului împotriva cancerului la copii. Nerespectarea protocoalelor de tratament este deseori peste 50% întrucât cei mici consideră chimioterapia mai rea decât cancerul însuşi. Hilgard şi LeBaron (1984) au studiat utilizarea unei forme de hipnoză prin focalizată pe imaginaţie în cazul copiilor bolnavi de cancer. Ei au presupus că activităţile imaginative ar putea fi deosebit de utile întrucât cei mici pot deveni implicaţi şi interesaţi de proces, spre deosebire de simplele tehnici de distragere, cum ar fi respiraţia profundă sau deturnarea atenţiei spre obiecte exterioare.

Mai întâi, copiii au fost chestionaţi în legătură cu emisiunile TV, filmele, jocurile, activităţile şi mâncărurile preferate. Aceste informaţii au fost folosite pentru a crea poveşti fantastice pe care le-ar putea experimenta sub hipnoză, în timp ce sunt obişnuiţi cu simptomul sau cu procedura medicală dată. Intervenţia hipnotică a fost creată pentru

a spori implicarea multisenzorială. Procedura hipnotică focalizată pe imaginaţie a fost creată, în primul rând, pentru a contribui la contracararea efectelor adverse ale chimioterapiei, dar a fost utilizată în studii ulterioare şi pentru a calma durerea cauzată de anumite proceduri medicale.

Zeltzer şi colaboratorii săi (1991) au testat efectele hipnozei bazate pe focalizarea imaginaţiei pe 54 de copii cu vârste între 5 şi 17 ani care suferea din pricina chimioterapiei. Cele trei condiţii experimentale au inclus un context hipnotic în care terapeutul i-a învăţat pe copii să utilizeze hipnoza focalizată pe imaginaţie în timpul următoarei şedinţe de chimioterapie. Apoi doctorul i-a implicat pe micii pacienţi într-o fantezie creată în timpul instruirii. Copiii aflaţi într-o stare de distragere au fost învăţaţi să folosească tehnici de deturnare a atenţiei cum ar fi respiraţia profundă sau numărarea obiectelor din cameră. În timpul următoarei şedinţe de chimioterapie, ei au fost ajutaţi de terapeut să folosească metodele învăţate. Un al treilea grup a fost un grup al atenţiei placebo, care a discutat tot atât timp cu terapeutul. Rezultatele studiului arată că atât starea de hipnoză, cât şi cea de distragere sau de relaxare au produs scurtarea perioadelor de greaţă şi vomă.

LeClave şi Blix (1989) au tratat o fetiţă de 6 ani care suferea de astrocitom malign al emisferei cerebrale stângi. În timp ce copila făcea chimioterapie, starea sa de vomă severă s-a accentuat într-atât, încât, de mai multe ori, ea s-a deshidratat. Simptomul era atât de sever, încât, în momentul în care a fost trimisă la hipnoterapie, se lua în considerare întreruperea chimioterapiei. În ciuda unor dizabilităţi neurologice grave, care au exclus multe tehnici tradiţionale, hipnoza a avut succes în eliminarea emezei. A fost folosită şi pentru calmarea durerii şi îmbunătăţirea tiparelor de somn.

Copila a venit la prima şedinţă înţelegând că va învăţa ceva numit hipnoză care o va ajuta să reducă incidenţa stărilor de vomă. I se spusese deja că are o tumoră cerebrală, că este ceva grav şi că, uneori, oamenii mor din cauza asta. Hipnoza i-a fost descrisă şi i s-a explicat că fiecare dintre noi are două părţi : una este corpul şi una este mintea. I s-a spus că mintea poate face tot felul de lucruri : „Uneori este trează, uneori doarme şi uneori mintea e sub hipnoză. Când este sub hipnoză, mintea are mai mult control asupra felului în care se simte corpul". Terapeuţii aveau aşteptări scăzute cu privire la ajutorul pe care metoda i-l putea oferi copilului, date fiind gravele

probleme neurologice. Îşi putea controla doar foarte puţin braţul drept, iar mersul era îngreunat. Vorbea extrem de greu, iar limbajul receptiv era încetinit.

În ciuda acestor dificultăţi, s-a încercat inducerea transei folosindu-se fixarea privirii. A fost un eşec total, copilul devenind frustrat şi anxios. Relaxarea treptată nu era nici ea posibilă din cauză că îşi pierduse controlul asupra grupelor de muşchi de pe partea dreaptă a corpului. A fost folosită imaginaţia stimulată şi, cu toate că fetiţa a fost atentă, nu a reuşit să ajungă într-o stare de transă. Familia a fost sfătuită să se mai gândească înainte de a continua, dar mama a insistat, spunând că „hipnoterapia era ultima lor speranţă". Nici ea, nici soţul ei şi nici copila nu erau pregătiţi să renunţe la şansa pe care le-o putea oferi chimioterapia.

Fetiţa a urma două şedinţe pe săptămână în pregătirea pentru următoarea serie de chimioterapie. Dificultăţile legate de intrarea în transă erau frustrante. În ciuda lor, ea a continuat cu tenacitate să se implice în terapie. Fetiţa se apropia mereu de scaunul terapeutului, lucru ce a fost interpretat ca o încercare de a se identifica într-un fel cu el. Îi plăcea mult faptul că amândoi aveau acelaşi al doilea nume. Nu a existat nici o dovadă făţişă a faptului că era în transă în timpul primelor patru sau cinci încercări de inducere a hipnozei. Pacienta şi terapeutul au creat împreună o casetă audio pentru acasă, folosind o tehnică de inducţie multiplă descrisă de Gardner şi Olness (1981). Fetiţa a devenit foarte motivată şi a exersat mai mult decât i se recomandase. Gradual, au fost observate în timpul şedinţelor din cabinet respiraţia ritmică, dovezi ale catalepsiei şi relaxarea generală. Părinţii au relatat şi că părea să obţină şi o oarecare calmare a durerii în urma exerciţiilor făcute acasă. Au mai avut loc şapte întâlniri înainte de programarea următoarei şedinţe de chimioterapie, timp în care copilul a fost spitalizat. I s-a recomandat să folosească înregistrarea la fiecare patru ore cu sugestii pentru confortul stomacal, iar fiecare jumătate de oră fără stări de vomă urma să fie notată pe un autocolant. Părinţii fetiţei au declarat bucuroşi că nu a mai vomitat nici măcar o dată.

Tulburarea hiperchinetică cu deficit de atenţie

Cândva cunoscută ca MBD (*minimal brain dysfunction* – disfuncţie minimală a creierului) sau MCD (*minimal cerebral dysfunction* –

disfuncţie cerebrală minimală), tulburarea este cunoscută astăzi sub sintagma *tulburare hiperchinetică cu deficit de atenţie* (AD/HD – *attention-deficit/hyperactivity disorder*). Tulburarea, caracterizată de incapacitatea autoreglării atenţiei focalizate, este o afecţiune incapacitantă din punctul de vedere al dezvoltării, cu baze biologice şi cu un impact negativ asupra funcţiilor adaptative. Este una dintre cele mai frecvente afecţiuni diagnosticate în rândul şcolarilor (Barabasz şi Barabasz, 2000).

Până de curând, tratamentul a fost limitat la gestionarea simptomelor prin folosirea unor medicamente stimulente puternice, cum ar fi metilfenidatul (Ritalin), sau prin modificări comportamentale tradiţionale. Traficul şi abuzul de metilfenidat au încurajat căutarea unor tratamente mai potrivite. Mai mult, au apărut îngrijorările privind folosirea pe termen lung a substanţelor psihostimulente din cauza efectelor secundare, ca tensiunea arterială ridicată şi imposibil de gestionat şi atacul de cord. Programele de modificare a comportamentului, deşi eficiente pe termen scurt, rămân dependente de respectarea lor pe termen lung şi de cooperarea dintre părinţi şi profesori. Ambele forme de tratament sunt, prin natura lor, în cel mai bun caz, paliative (Feussner, 1998 ; Gaddes şi Edgell, 1994, p. 279). Încetarea oricăruia din ele are ca rezultate reapariţia rapidă a simptomelor la nivelele pretratament şi disfuncţii. Feussner (1998) a remarcat că băieţii de vârstă şcolară din Statele Unite consumă acum aproape nouă tone de Ritalin pe an, fiind evident faptul că sunt necesare urgent tratamente care să nu se limiteze la gestionarea simptomelor. Neuroterapia (biofeedbackul encefalografic) oferă o alternativă la abordările tradiţionale, dar necesită, de obicei, cel puţin 40 de şedinţe pentru a se obţine efecte pe termen lung. Totuşi, hipnoza alertă instantanee (Barabasz, 1985, 1994), folosită ca adjuvant în neuroterapie, ar putea permite reducerea la jumătate a duratei tratamentului, sporind în acelaşi timp eficacitatea metodei (Barabasz şi Barabasz, 2000).

Neuroterapia (cunoscută şi ca EEG feedback, neurofeedback) este o abordare relativ nouă a tratamentului pentru AD/HD. Scopul este normalizarea permanentă fără dependenţă de medicamente sau gestionare comportamentală continuă. Corespunzător bazei neurologice a acesteia, copiii cu tulburare de deficit de atenţie (ADD) produc o activitate mai intensă a undelor cerebrale lente (theta) (4-8 Hz) şi mai puţină activitate beta (14-32 Hz) în comparaţie cu datele normale

de control (Stermen, 2000). Logic, cel mai potrivit tratament pentru această afecţiune ar trebui să derive din problema de fond şi să fie focalizat pe ea.

Neuroterapia este menită să îi înveţe pe pacienţi să îşi normalizeze răspunsurile undelor cerebrale la stimuli (Barabasz şi Barabasz, 1995, 1996 ; Barabasz, Crawford şi Barabasz, 1993 ; Mann, Lubar, Zimmerman, Miller şi Muenchen, 1992).

Când persoanelor care nu suferă de AD/HD li se dă o sarcină, cum ar fi cititul, efectuarea unor calcule simple sau ascultarea unei poveşti, electroencefalogramele trec în mod normal pe frecvenţa beta, mai rapidă. Lubar (1991) a observat că persoanele cu AD/HD fac exact opusul. Ele trec pe banda de frecvenţă mai joasă theta. Activitatea lentă, rămasă în zona alfa sau coborând la theta, este caracteristică neatenţiei, nonvigilenţei şi gândirii neconcentrate. Poate singurul aspect adaptativ al tulburărilor de atenţie este accentuarea creativităţii (Low, 1999).

În neuroterapie, reacţiile EEG la stimuli sunt analizate şi afişate pe un monitor. Acesta oferă feedback sub forma unor afişaje vizuale şi sunete care arată cât de bine răspunde individul. Printre candidaţii la neuroterapie se află persoanele ce nu răspund la medicamentele stimulente, cele suspectate de o tulburare legată de folosirea stimulentelor şi copii ai căror părinţi sunt sceptici cu privire la efectele dăunătoare ale consumului îndelungat de asemenea medicamente.

Hipnoza alertă instantanee. Este efectuată în două faze distincte (Barabasz, 1994 ; Barabasz şi Barabasz, 1994a, 1994b, 1996). În etapa de pregătire pacienţii sunt instruiţi să dea ochii peste cap, ca şi cum ar încerca să se uite la propria frunte. Privirea este îndreptată în această poziţie şi prin indicaţia de a se uita la degetul mare al terapeutului. Acesta este apoi mişcat încet din poziţia iniţială, la 10-15 centimetri în faţa nasului participantului, spre centrul aproximativ al frunţii lui. Viteza acestei mişcări ar trebui atent coordonată cu capacitatea individului de a urmări fără să îi fugă ochii sau alte forme evidente de pierdere a concentrării. Când focalizarea pare să se fi pierdut, procedura ar trebui luată de la capăt. Adulţii normali au rareori probleme, dar s-ar putea să fie nevoie de experienţă clinică în tratarea copiilor hiperactivi pentru a-i face să îşi dea ochii peste cap cât mai mult posibil şi să îi menţină stabili, aşa cum este necesar pentru a obţine efectele unei hipnoze alerte instantanee reuşite. Este important să se aloce o mare parte din timpul terapiei pentru

exersare, folosindu-se întăriri verbale pe măsură ce copilul aproximează cu succes reacţia corectă, cum ar fi „Bravo, asta e" sau „Foarte bine" (menţinerea ochilor stabili, obţinerea poziţiei corecte a privirii).

Odată ce ochii sunt complet şi stabil daţi peste cap, se oferă instrucţiuni pentru a lua notă de respiraţie, relaxare, calm, încredere şi vigilenţa calmă specială care este resimţită în acest moment. Pot fi utilizate şi sugestii hipnotice directe pe măsură ce pacientul progresează în terapie, care vizează direct feedbackul afişat pe monitor, cum ar fi : „Este tot mai uşor să produci mai multe beta şi mai puţine theta, mai multe beta şi mai puţine theta, focalizat, concentrat, relaxat şi totuşi focalizat ; este mai uşor să te focalizezi şi să te concentrezi, mai multe beta şi mai puţine theta".

Odată observate semnele subiective ale hipnozei de către medicul experimentat, pacientului i se poate cere să ridice un deget în momentul când percepe reacţiile sugerate : „Doar ridică un deget de la această mână [în cazul pacienţilor dreptaci li se atinge mâna stângă] când simţi vigilenţa specială calmă, relaxată, confortabilă". După observarea semnalului, care ar trebui să apară în cinci-zece secunde, pacientului i se administrează sugestiile specifice procesului de atenţie, cum ar fi : „În această stare specială de vigilenţă vei putea să îţi concentrezi atenţia cum vrei ; te poţi concentra cât de mult doreşti". După ce se oferă sugestiile, pacientului i se spune să lase ochii în jos şi să se bucure de senzaţiile de vigilenţă calmă. Apoi începe sarcina specifică de atenţie. Odată ce copilul începe să înveţe exact ce reprezintă fiecare dintre imaginile de feedback afişate pe monitor, sugestiile hipnotice pot fi adaptate la anumite nivele de înţelegere, cu accent pe „beta mai mult şi mai bun, mai puţin teta". Pe măsură ce se obţin progrese pe parcursul mai multor şedinţe, pacienţii sunt încurajaţi să folosească singuri hipnoza alertă instantanee (autohipnoza). Dacă medicul execută procedura corect, iar pacienţii iau şi ei parte la aceasta, efectele creşterii undelor beta şi ale inhibării undelor theta sunt de obicei atât de spectaculoase, încât se observă imediat pe monitor. Răspunsul, uneori profund, poate creşte foarte mult efectele neuroterapiei şi motivaţia pacientului.

Primele testări ale hipnozei alerte instantanee ca un adjuvant al neuroterapiei au folosit ca studii de caz (Barabasz şi Barabasz, 1995, 1996 ; Barabasz şi Barabasz, 1996). Toţi pacienţii erau băieţi diagnosticaţi cu AD/HD care fuseseră supuşi anterior unor tratamente bazate pe psihostimulente şi modificări comportamentale. Hipnoza a

accelerat răspunsul la neuroterapie, astfel încât a fost necesar jumătate din numărul obişnuit de şedinţe pentru obţinerea unor rezultate similare. Trei sferturi dintre cazuri au reacţionat printr-o diminuare importantă a hiperactivităţii, ameliorarea atenţiei şi îmbunătăţirea semnificativă a notelor şcolare şi a evaluărilor conduitei.

Dincolo de nivelul studiilor de caz, au făcut progrese şi cercetători independenţi din afara cabinetului meu (A.F.B.). Anderson şi colaboratorii săi (2000) au extras la întâmplare 16 dosare cu date EEG ale pacienţilor diagnosticaţi cu AD/HD şi trataţi în anul anterior. *Scala de Hipnotizabilitate Clinică Stanford pentru Copii* a arătat că toţi erau peste medie până la foarte hipnotizabili, fapt care nu este neobişnuit în rândul acestei populaţii. Anderson şi colaboratorii săi au descoperit că încercările de neurofeedback cu ajutorul hipnozei alerte instantanee au produs rapoarte beta/theta semnificativ mai mari decât neuroterapia simplă. Pentru că undele theta sunt asociate cu slaba concentrare a atenţiei, creşterea semnificativă a undelor beta cu ajutorul hipnozei, spre deosebire de neuroterapia simplă, oferă o justificare a ipotezei conform căreia hipnoza alertă instantanee creşte efectele neuroterapiei în tratarea AD/HD.

În altă testare a hipnozei alerte instantanee ca adjuvant al neuroterapiei, Warner şi colaboratorii săi (2000) au selectat la întâmplare 19 dintre dosarele pacienţilor mei (A.F.B.), copii care încheiaseră tratamentul. Toţi îndepliniseră criteriile pentru diagnosticarea bolii în urmă cu patru-zece ani şi toţi avuseseră reacţii în mare parte ineficiente la medicamentele psihostimulente şi la tratamentele pentru modificarea comportamentului. Părinţii le descriseseră ca fiind „problematice şi ineficiente". Ei au aplicat *Scala de Evaluare a Tulburării de Deficit de Atenţie - Versiunea pentru Acasă* (McCarney, 1989) la începutul tratamentului şi, din nou, la finalul lui. Scorurile posttest au arătat că indicatorii AD/HD erau semnificativ mai mici decât în faza pretratament. Pacienţilor li se redusese vizibil lipsa de atenţie şi le scăzuseră impulsivitatea şi hiperactivitatea.

Descoperirile arată ameliorări remarcabile ale simptomatologiei AD/HD (Warner, Barabasz şi Barabasz, 2000) şi schimbări semnificative ale datelor conform criteriului raportului beta/theta (Anderson *et al.*, 2000). Mai mult, eliminarea dependenţei de psihostimulente a tuturor participanţilor la studii, cu excepţia a patru pacienţi, şi o reducere a dozei necesare pentru cei rămaşi conferă şi mai multă credibilitate eficacităţii hipnozei ca potenţator al efectelor neuroterapiei

pentru tratarea AD/HD. S-au obţinut modificări clinice pozitive substanţiale într-o medie de 23,3 şedinţe (3-14 săptămâni de tratament, adică o medie de 11,2 săptămâni), un număr mult sub cele 40-80 de şedinţe normale de neuroterapie simplă, conform literaturii de specialitate. Aceste rezultate au fost obţinute în ciuda faptului că toţi pacienţii aveau un lung istoric al bolii şi al tratamentelor tradiţionale fără efecte benefice semnificative.

Cu toate că problema ce apare mereu în studiul eficacităţii unei terapii este să aflăm care aspecte ale intervenţiei contribuie mai mult la rezultat – terapeutul sau procedura –, nu avem de ce să credem că părinţii, deja descurajaţi, ar considera mai bună această abordare decât celelalte fără să aibă un motiv serios. Această procedură este încă la început şi sperăm că alţi practicieni şi cercetători cu pregătire în domeniul hipnozei vor testa pe viitor folosirea hipnozei alerte instantanee în această zonă de tratament, pentru a face şi mai multă lumină în ceea ce pare a fi o combinaţie de tratamente foarte promiţătoare.

Rezumat

Copiii se implică mult mai uşor în fantezie decât adulţii. Majoritatea dau dovadă şi de o mai mare receptivitate la hipnoză. Gama de afecţiuni împotriva cărora metoda s-a dovedit empiric eficientă în cazul copiilor este enormă. Pare evident că aceste descoperiri garantează un grad mai mare de înţelegere din partea medicilor şi o mai frecventă utilizare a hipnozei ca tratament preferat.

CAPITOLUL 18

Hipnoza şi performanţa sportivă*

Consideraţii şi tehnici privind utilizarea hipnozei în sport

După cum ştim, hipnoza s-a dovedit eficientă în numeroase domenii care ţin de sănătate, dar utilizare ei ca instrument de îmbunătăţire a performanţelor sportive continuă să rămână neglijabilă (Liggett, 2000b). Pates, Maynard şi Westbury (2001) cred că psihologii sportivi nu folosesc hipnoza ca tehnică de creştere a performanţelor din pricina lipsei de pregătire şi experienţă supervizată în domeniu, dar şi din cauza confuziei cu privire la multitudinea de metode, strategii şi orientări. Ei dau vina şi pe numărul mic de cercetări serioase din punct de vedere metodologic în domeniul sportiv şi pe „dificultăţile percepute implicate în controlarea abreacţiei spontane" (Pates, Maynard şi Westbury, 2001, p. 85). În pofida blocajelor, utilizarea hipnozei, singură şi în combinaţie cu alte tehnici care au un suport în cercetare, cum ar fi imaginarea şi terapia prin restricţionarea stimulării ambientale, s-a accentuat de-a lungul anilor şi, de ceva timp, a devenit un mijloc de creştere a performanţei fizice, motorii şi atletice (Barabasz, Barabasz şi Bauman, 1993 ; Garver, 1977 ; Jacobs şi Gotthelf, 1986 ; Liggett, 2000a, 2000b ; McAleney, Barabasz şi Barabasz, 1990 ; Nideffer, 1981 ; Orlick, 1980 ; Pressman, 1979 ; Pulos, 1979 ; Wagman, Barabasz şi Barabasz, 1991).

---

* La acest capitol a contribuit Erik Dunlap, doctor în medicină. Dr. Dunlap şi-a obţinut diploma de doctorat în psihologia educaţiei fizice şi sportului în 2004, la University of Idaho. Pregătirea lui include cursuri introductive şi avansate de hipnoză şi experienţă în laboratorul lui A.F.B. de procese atenţionale şi hipnoză de la Washington State University. Şi-a obţinut diploma de licenţă în chimie şi psihologie la Duke University, unde a jucat în echipa de fotbal ca atacant.

Hipnoza şi performanţa atletică

Imaginarea şi relaxarea sunt două dintre cele mai populare tehnici de intervenţie folosite de psihologii sportivi pentru a îmbunătăţi performanţele atleţilor (Cornelius, 2002a). Majoritatea medicilor şi cercetătorilor sunt de acord că ele au efecte mai puternice atunci când sunt combinate (Kendall, Hrycaiko, Martin şi Kendall, 1990 ; Weinberg, Seabourne şi Jackson, 1981). Când imaginarea şi relaxarea sunt folosite simultan într-o intervenţie, aceasta este, în esenţă, o formă de hipnoză. Din păcate, lipsesc testele de hipnotizabilitate şi nu se fac eforturi pentru a se obţine o profunzime a transei, poate necesară pentru scopul propus. Totuşi, conexiunea între hipnoză şi sport intervine natural. Cercetătorii ce examinează procesele fiziologice care intervin la nivelul creierului şi raportările subiective ale anumitor instanţe sportive au indicat că atleţii chiar trăiesc experienţe „de tip hipnotic" în timpul performanţelor de vârf. Atunci nu este de mirare că explicaţiile teoretice care descriu caracteristicile reuşitelor de top sunt foarte asemănătoare cu teoriile populare ce explică fenomenele hipnotice (Pates, Maynard *et al.*, 2001).

Stări modificate în sport

În literatura dedicată psihologiei sportive există multă susţinere empirică şi teoretică descriind folosirea hipnozei ca instrument de creştere a performanţei. S-a sugerat că aceasta depinde de intensitatea şi trăirea unei stării de spirit specifice, foarte asemănătoare cu cea descrisă de teoria neodisocierii elaborată de Ernest Hilgard (1992) şi de teoria stărilor modificate concepută de Erika Fromm (1992), fiecare vorbind despre o stare specială care diferă de cea de veghe şi implică reorganizarea structurilor cognitive, inclusiv modificări ale excitării, percepţiei, atenţiei, cogniţiei şi memoriei. În cadrul psihologiei sportive această stare de spirit specială a fost denumită în diverse moduri, cum ar fi : „starea ideală pentru performanţă" (Unestahl, 1979, 1981, 1983, 1986), „efuziune" (Csikszentmihalyi, 1990) şi „performanţă de vârf" (Cohn, 1991). Conform descrierii fiecăreia (vezi Csikszentmihalyi, 1990), sportivii care intră în efuziune, în esenţă, intră sub hipnoză. Cele trei reprezintă, în mare, aceeaşi stare modificată disociată descrisă de Ernest Hilgard (1992) şi Erika

Fromm (1979, 1992) şi au caracteristici similare ce includ nivele ridicate de încredere în sine, menţinând în acelaşi timp o relativă relaxare. Acţiunile au loc aproape automat, ele sunt percepute ca focalizări lipsite de efort pe sarcina dată. Există un sentiment de control şi o disociere de orice altceva în afara sarcinii. În plus, celelalte elemente care sunt componente integrante ale sportului şi performanţei atletice (imaginarea, reglarea excitării, focalizarea atenţiei) fac parte şi din „experienţa hipnozei".

Fundamente teoretice

Justificarea utilizării hipnozei în intervenţiile sportive se bazează pe o serie de teorii ce analizează sau fac aluzie la crearea acestor „stări speciale" prin intermediul cărora poate fi obţinută o performanţă maximă. Unele dintre cele mai discutate teorii sunt cele prezentate de Csikszentmihalyi (1990), Hanin (1978, 1999), Unestahl (1979, 1981, 1986) şi Gorton (1959). Deşi fiecare dintre aceste teorii expune filozofii unice, toate sugerează că hipnoza poate fi un instrument extrem de util pentru sportivi.

Csikszentmihalyi (1990) a ales termenul *efuziune* pentru a descrie „starea în care oamenii sunt atât de implicaţi în activitate, încât nimic altceva nu pare să mai conteze" (p. 4). Opt caracteristici au fost folosite pentru a descrie experienţa efuziunii. Aceste caracteristici includ o activitate provocatoare ce necesită abilitate, împletirea acţiunii cu conştienţa, scopuri clare şi reacţii, concentrarea asupra sarcinii date, paradoxul controlului, pierderea eului şi a conştienţei de sine, transformarea timpului şi o experienţă autotelică.

Hanin (1978, 1999) a sugerat că fiecare atlet posedă o zonă individuală optimă de funcţionare în care se poate obţine performanţa maximă. El a demonstrat empiric faptul că sportivii vor obţine cele mai bune rezultate când vor ajunge în această zonă de funcţionare. Cei care ajung în această stare au şi o probabilitate crescută de a trăi efuziunea. Teoria lui Hanin încorporează amintirea retrospectivă a nivelelor de anxietate ale stării precompetitive (stările eului), identificată mai întâi de A. Barabasz şi colaboratorii săi (1993). El crede că astfel de stări pot fi atinse în condiţii nonhipnotice, dar că aceste fenomene pot reprezenta o formă de hipnoză spontană, aşa cum a sugerat Barabasz (Barabasz *et al.*, 1993). Morgan (1996, p. 108) a

subliniat că, deşi nu există „nici o menţiune a procedurilor hipnotice în această formulare teoretică, potenţialul pentru intervenţia hipnotică este evident".

Viziunile teoretice ale lui Unestahl (1981) sunt similare cu cele ale lui Hanin (1978) în privinţa stării afective la care ajunge atletul în timpul performanţei maxime. Amândoi sunt de acord că aceasta apare atunci când starea afectivă a sportivului (anxietatea sau nivelul de excitare) este optimă. Diferenţa majoră în teoria lui Unestahl este că el sugerează faptul că atleţii experimentează amnezia după performanţa de vârf, „în vreme ce Hanin crede că aceste stări pot fi reamintite cu acurateţe" (Morgan, 1996, p. 109), o conceptualizare introdusă ca o reamintire a unei stări a eului specifice practicării sportului (Barabasz *et al.*, 1993). Unestahl leagă starea ideală pentru performanţă de o transă hipnotică datorită acestei presupuse amnezii. Starea ideală pentru performanţă este similară, din punctul de vedere al caracteristicilor, efuziunii prin faptul că şi ea include disocierea şi transformarea timpului – trăsături similare fenomenelor hipnotice.

Gorton (1959) credea că performanţa fizică este limitată de mecanismele inhibitorii. El considera că există rezerve de forţă musculară care sunt inaccesibile în condiţii normale (Morgan şi Brown, 1983), lucru datorat în parte tendinţei organismului de a se proteja de răni sau extenuare. Gorton credea că, dacă oamenii sau sportivii ar putea să îşi înlăture inhibiţiile, teoretic ei ar transcende activitatea normală şi ar obţine performanţe de vârf. Conform lui Ikali şi Steinhaus (1961), alcoolul, drogurile, zgomotul puternic şi hipnoza sunt metode prin care dezinhibarea mecanismelor inhibitorii poate facilita performanţa musculară maximă. Hipnoza ar putea permite „dezinhibarea mecanismelor inhibitorii", dându-i individului ocazia de a accesa acele rezerve de forţă musculară, de a transcende limitele şi a evolua la nivel maxim (Gorton, 1959; Morgan şi Brown, 1983). Conceptualizarea lui Gorton (1959) cu privire la utilizarea hipnozei ca mecanism de dezinhibare susţine utilizarea sa ca tehnică de creştere a performanţelor.

Arreed Barabasz (comunicare personală către Erik Dunlap, 2003) s-a focalizat pe autohipnoză anume pentru a inhiba organul Golgi al tendonului. (Acest organ provoacă inhibarea reciprocă în unitatea musculo-tendonală, anulând reflexul de întindere ce apare pe axa muşchiului, făcând muşchiul să se relaxeze şi, astfel, prevenind rănirea. Mecanismul serveşte şi la atenuarea capacităţii sportivului

de a obţine beneficiul maxim din antrenament până la cedarea muşchiului.) În două cazuri, Barabasz a participat şi el (A.F.B. este antrenor de fitness atestat la nivel naţional şi s-a antrenat în ridicarea de greutăţi până la un nivel de maximum) şi a folosit hipnoza alertă, inhibând organul Golgi pentru a creşte numărul de ridicări repetate maximum o dată cu o medie uimitoare de 16% peste nivelul maxim al nivelului optim anterior. Intenţia a fost de a produce microrupturile musculare necesare pentru fortificarea reconstrucţiei. Barabasz a suferit o macroruptură (accident sportiv), fapt ce a sugerat forţa şi riscurile potenţiale ale hipnozei. El recomandă realizarea unor studii experimentale pentru a explora potenţialul acestei intervenţii hipnotice.

Suportul empiric

Mai multe treceri în revistă datând încă din 1933 au fost publicate cu privire la relaţia dintre hipnoză şi performanţele motorii (Cox, 2002 ; Taylor, Horevitz şi Balague, 1993). Din nefericire, rezultatele cercetărilor din acest domeniu sunt amestecate şi, de prea multe ori, echivoce (Gordin, 1995 ; Jacobs şi Salzberg, 1987 ; Pratt şi Korn, 1986 ; Taylor *et al.*, 1993). Morgan şi Brown (1983) au sugerat că determinarea eficienţei hipnozei pe baza acestor studii este dificilă, date fiind numeroasele preocupări privind controalele experimentale. Ei au conchis că „în anumite circumstanţe hipnoza poate facilita performanţa fizică a indivizilor selectaţi" (Morgan şi Brown, 1983, p. 246). La fel ca în trecerile în revistă anterioare, ei au pus sub semnul întrebării aspectele metodologice cu privire la hipnoză ca ajutor ergogen. De asemenea, au explicat că rezultatele mixte din celelalte analize pot fi justificate. Unele studii au generalizat incorect rezultatele obţinute, în condiţii de laborator, de participanţi non-sportivi la mediul dinamic al sportului, unde atleţii prezintă abilităţi mai complexe. Conform lui Morgan (1972), este mai uşor să creşti performanţa fizică a neprofesioniştilor decât a sportivilor antrenaţi care se află la nivelul lor maxim. Tocmai de aceea A. Barabasz (comunicare personală, 2003) a folosit în experimentul-pilot al dezinhibării tendonului Golgi doi indivizi care s-au antrenat timp de trei ani până au ajuns la un nivel de maximum. În al doilea rând, paradigma cercetării tradiţionale „a fost caracterizată de confundarea stării de hipnoză cu simpla sugestie. De aceea Barabasz a stabilit cu

grijă şi o profunzime hipnotică adecvată. Cu foarte puţine excepţii (studiul de caz pe Barabasz este una dintre ele), a fost dificilă delimitarea efectelor datorate hipnozei *per se* de cele datorate simplei sugestii, pentru că hipnoza cu sugestie a fost comparată, de obicei, cu intervenţii nonhipnotice fără sugestie" (Morgan, 1996, p. 109).

În al treilea rând, sarcinile folosite în aceste experimente deseori diferă semnificativ, făcând dificilă comparaţia între studii. Aceasta este îngreunată şi de descrierea inadecvată sarcinilor utilizate. În sfârşit, tipul de inducţie nu a fost întotdeauna specificat în literatura anterioară. Aşa cum am aflat în capitolele anterioare, natura inducţiei poate avea un efect profund asupra rezultatelor (Barabasz, 2000 ; Barabasz, Christensen şi Barabasz, 2004). De exemplu : „Inducţiile care sunt în principal «relaxante» prin natura lor ar avea, teoretic, un efect diferit asupra performanţei fizice faţă de cele ce sunt în principal de natură alertă" (Morgan şi Brown, 1983, p. 232). Cu toate că studiile anterioare au făcut dificil de determinat eficienţa hipnozei în cazul performanţelor sportive, cercetările din ultimii ani au descoperit că hipnoza afectează în sens pozitiv rezultatele sportivilor şi îi ajută să ajungă în stări de tip euforic (Ligett, 2000a, 2000b ; Pates *et al.*, 2000, 2001 ; Taylor şi Gerson, 1992).

Consideraţii privind folosirea hipnozei în cazul sportivilor

Probabil că şi sportivii, asemenea celor mai mulţi oameni, au concepţii greşite în legătură cu hipnoza. Înainte de a utiliza orice intervenţii cu această metodă în cazul lor este imperativă abordarea preconcepţiilor, inclusiv în privinţa nivelului de schimbare sau experienţă la care se pot aştepta. O abordare utilă a fost prezentarea hipnozei ca o combinaţie între relaxare şi imaginare – două tehnici familiare oricărui atlet. Stabilirea protocolului de inducţie şi a sugestiilor potrivite poate avea un impact semnificativ. Aşa cum am discutat mai înainte, majoritatea inducţiilor folosite în sport au implicat o formă de relaxare musculară (de exemplu, relaxarea musculară progresivă a lui Jacobsen). Totuşi, trebuie clarificat faptul că această tehnică poate fi benefică doar pentru unii sportivi. Pentru cei implicaţi în sporturile cu mingea (fotbal sau hockey) sau în cele de sprint (pe pistă sau în aer liber) o inducţie prin relaxare poate fi în detrimentul

performanţei sportivului. Ne îndoim că Frederick Hatfield, un psiholog de vârstă mijlocie care a înregistrat un record mondial la ridicarea de greutăţi (471 kg), a folosit relaxarea musculară. Sugestiile hipnotice alternative pot implica ideea de minte calmă, dar şi de corp pus la punct sau imagini ale unui animal sau ale unei maşini.

Aşa cum am explicat în capitolul despre hipnoza pentru naştere, consultantul ar trebui să fie conştient de cerinţele impuse de sarcina pe care o are de efectuat clientul şi să adapteze inducţia pentru a satisface acele nevoi. Este utilă o bună înţelegere a mediului în care lucrează sportivul. Este important ca terapeutul să obţină reacţii specifice din partea clientului şi apoi să le încorporeze în protocolul hipnotic. De exemplu, majoritatea sportivilor se uită la materiale video cu ei sau cu adversarii lor în acţiune. Astfel, este logic ca, după inducţia iniţială şi adâncire, terapeutul să descopere că a-i face pe atleţi să se imagineze stând în faţa unui televizor mare ajută la crearea imaginilor. Folosind acest format, doctorul îi poate determina să se imagineze aplicând cu succes diverse abilităţi în timpul unei competiţii, în faţa unui adversar. Datorită familiarizării lor cu folosirea înregistrărilor video ca să se pregătească pentru competiţii, utilizarea sugestiilor de a se privi din perspectiva unei terţe persoane, derulând înapoi, făcând pauze, vizionând cu încetinitorul, fac ca vizualizarea pe un ecran să fie un instrument ideal în astfel de protocoale hipnotice.

În sfârşit, mai multe treceri în revistă ale cercetărilor anterioare relevă diferite aspecte pe care terapeuţii ar trebui să le ia în considerare (vezi Johnson, 1961b ; Morgan, 1972, 1980, 1985, 1993 ; Morgan şi Brown, 1983). Printre ele se numără : a) cu cât e mai profundă transa, cu atât e mai probabil ca sugestiile hipnotice să aibă rezultatele dorite ; b) tehnicile generale de excitare pot fi mai folositoare pentru a creşte forţa musculară şi anduranţa decât simplele sugestii hipnotice ; c) hipnoza poate ajuta un sportiv de succes, dar nu poate face un bun performer din unul slab – pentru a fi stăpânită, hipnoza trebuie exersată întocmai ca orice altă abilitate fizică ; d) folosirea neadecvată a hipnozei poate mai mult rău decât bine – persoanele care aplică hipnoza ar trebui să aibă pregătirea necesară ; e) autohipnoza, spre deosebire de heterohipnoză, este recomandată pentru a evita problemele asociate dependenţei de un terapeut ; f) dovezile că hipnoza poate afecta anduranţa forţei musculare sunt neclare ; g) în general, sugestiile hipnotice menite să sporească performanţa nu au fost, încă, eficiente, în vreme ce sugestiile create

pentru a diminua forţa musculară şi anduranţa au avut succes în mod consecvent ; h) persoanele care nu sunt obişnuite să evolueze la nivel maxim de obicei experimentează creşteri ale forţei musculare şi anduranţei când le sunt administrate, în stare hipnotică, sugestii „de implicare" ; totuşi, sugestiile de natură „nonantrenantă" nu sunt eficiente când le sunt date celor care obişnuiţi să evolueze la capacitate maximă ; i) eforturile de a modifica performanţa în îndeplinirea diverselor sarcini psihomotorii au efecte similare cu cele observate în urma cercetărilor asupra forţei musculare şi a anduranţei ; de exemplu, încercările de încetinire a vitezei de reacţie sunt, de obicei, eficiente, spre deosebire de eforturile de a o îmbunătăţi ; j) studiile de caz ce implică eforturi de a creşte performanţa atleţilor prin intermediul hipnozei par să aibă toate succes ; k) sugerarea hipnotică a exerciţiilor fizice în starea nonexerciţiu este asociată cu accelerarea ritmului cardiac, a respiraţiei, cu creşterea volumului ventilator pe minut, a aportului de oxigen, a producţiei de dioxid de carbon, a fluxului sangvin şi a capacităţii cardiace (aceste schimbări metabolice se aseamănă deseori cu reacţiile din timpul antrenamentelor reale) ; l) percepţia efortului din timpul exerciţiilor fizice poate fi accentuată şi diminuată sistematic cu ajutorul hipnozei, chiar dacă volumul real de muncă fizică rămâne acelaşi.

Tehnici de hipnoză în sport

Aplicarea hipnozei în domeniul sportiv nu este ceva nou ; ea a fost folosită mulţi ani de psihologia de profil pentru a investiga şi a influenţa mecanismele de la baza performanţei sportive. Totuşi, majoritatea aplicaţiilor clinice ale hipnozei în acest domeniu sunt de natură anecdotică (Gordin, 1995, p. 193). În sport, hipnoza a fost folosită pentru a ameliora diverse probleme, inclusiv gestionarea durerii (Ryde, 1964), agresivitatea (Johnson, 1961a), anxietatea (Naruse, 1965), controlul excitării (Graver, 1977) şi analiza performanţei (Morgan, 1980). Metoda a fost aplicată şi pentru tratarea aspectelor legate de consecvenţă, a fricii de accidente şi pentru evaluarea performanţei şi tehnicii (Morgan, 1996). În ciuda unei literaturi tot mai bogate dedicate hipnozei şi sporturilor, puţini autori au analizat în mod special aspectul „cum să" al utilizării hipnozei pentru creşterea performanţelor fizice dincolo de reducerea anxietăţii

şi fortificarea atenţiei (Liggett, comunicare personală către Erik Dunlap, 11 martie 2000). În acest capitol descriem cum se foloseşte metoda în cazul problemelor care se ştie în general că îi preocupă pe sportivi. Împărţim tehnicile în funcţie de diversele zone ale performanţei sportive. Totuşi, ar trebui remarcat că suprapunerea construcţiilor psihologice (încredere, motivaţie, imaginaţie etc.) face ca multe dintre proceduri să poate fi folosite pentru o varietate de aspecte.

Relaxarea

Majoritatea sportivilor au fost expuşi diverselor tehnici de relaxare, fie formal, fie informal. Două dintre cele mai adaptate tehnici folosite în intervenţiile pentru creşterea performanţei sunt relaxarea musculară progresivă elaborată de E. Jacobson (1938) şi repetiţia vizuală a comportamentului motor concepută de Suinn (1980). Metoda lui Jacobsen implică încordarea şi arcuirea diverselor grupe de muşchi într-o ordine anume. Tehnica lui Suinn combină relaxarea cu o repetarea comportamentului ascuns, ceea ce înseamnă, în esenţă, hipnoză. Repetiţia vizuală a comportamentului motor cuprinde două faze. În timpul primeia, sportivul se relaxează complet folosind o versiune modificată a relaxării musculare progresive concepute de Jacobson. În a doua etapă, el foloseşte imaginaţia (şi sugestia) pentru a exersa diverse abilităţi sau mişcări. Pentru cei cu o anumită capacitate hipnotică, aceste tehnici de relaxare şi imaginare sunt, de fapt, inducţii hipnotice şi este probabil ca ele să producă cel puţin o transă uşoară. Susţinerea pentru folosirea hipnozei ca ajutor pentru relaxare şi creşterea performanţei a fost menţionată în literatura anterioară (vezi Jacobs şi Gotthelf, 1986; Taylor *et al.*, 1993). „Hipnoza menită să sporească relaxarea şi să calmeze anxietatea psihică poate avea un efect pozitiv şi de creştere asupra performanţei sportivilor" (Jacobs şi Gotthelf, 1986). Deşi majoritatea inducţiilor hipnotice (mai puţin cele care necesită modele alerte şi alert-active) vor fi suficiente pentru a genera o stare de relaxare, adăugarea sugestiilor posthipnotice cu semnale verbale sau tactile poate creşte eficienţa pregătirii.

După adâncirea hipnozei.

> [Numele sportivului] eşti atât de profund relaxat... atât de confortabil... încât mintea ta este complet deschisă... şi complet receptivă... la orice am de spus... îţi va fi uşor să simţi orice îţi cer să simţi. Acum eşti

profund hipnotizat şi complet relaxat... nimic nu te va deranja. Fii atent... la relaxarea totală care te-a cuprins. Este uşor... doar stai aşezat [întins] acolo... şi simte-te complet relaxat... observă cât de plăcut te simţi... cum nimic nu te poate deranja... este uşor... să te cufunzi adânc în scaun şi să îl laşi să te susţină. Simte greutatea... din membrele tale... tensiunea s-a topit. Mintea ta este atât de calmă... atât de concentrată asupra acestei stări complete de relaxare care te-a cuprins. Fă o pauză... bucură-te de felul în care te simţi... când termini, indică asta ridicând arătătorul drept [pauză]. Bine. şNumele sportivuluiţ poţi obţine această stare ori de câte ori ai nevoie... Oricând vrei să revii la această stare profundă de relaxare totală... tot ce faci este să... inspiri adânc şi să te gândeşti sau să îţi spui [cuvântul-semnal]... şi apoi... corpul tău va începe să se relaxeze, iar mintea ta va deveni mai limpede... şi mai alertă... Cu fiecare respiraţie profundă, tensiunea se va topi... şi tu vei deveni mai relaxat. Mintea îţi va rămâne limpede şi alertă... corpul va părea greu şi cald pe măsură ce devine... tot mai relaxat... doar respirând adânc şi gândindu-te sau spunându-ţi [cuvântul-semnal]. Întotdeauna vei putea reveni în această stare de relaxare completă oricând vei dori. [Scoate sportivul de sub hipnoză şi apoi rehipnotizează-l şi aplică tehnica de mai multe ori.]

[Numele sportivului] Rămâi complet relaxat, dar continuă să asculţi atent ce îţi voi spune în continuare. În curând voi începe să număr în ordine descrescătoare de la 10 la 1. Vei ieşi treptat de sub hipnoză, dar vei fi cum eşti acum aproape în tot timpul numărătorii. Când voi ajunge la „1", vei fi treaz şi alert, cum eşti de obicei. Îţi vei putea aminti tot ceea ce ţi-am spus şi ce ai făcut. Îţi va fi uşor să revii în această stare de relaxare totală oricând vei avea nevoie... doar respirând adânc şi spunându-ţi [cuvântul-semnal]. Îţi va fi tot mai uşor să îţi aminteşti această stare de relaxare totală de fiecare dată când îţi spui [cuvântul-semnal]. După ce te vei trezi, te vei simţi revigorat. Acum voi număra descrescător de la 10 la 1. La „1" vei fi complet treaz. Puţin mai târziu îţi voi cere să inspiri adânc şi să îţi spui [cuvântul-semnal] aşa. [Demonstrează cu o respiraţie profundă şi cuvântul-semnal.] Când îţi voi cere, vei simţi că te cuprinde brusc un val de relaxare. Şi atunci vei fi complet relaxat... dar întotdeauna foarte atent la tot ceea ce trebuie să faci bine. Întotdeauna vei putea reveni la această stare oricând doreşti. În regulă, gata - 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

Imaginarea şi vizualizarea

Invariabil, sportivii folosesc imaginarea, intenţionat sau nu. Se gândesc la partide, la mişcări, la etape ale jocului sau la totalitatea lui ori la rezultatele posibile, ceea ce face ca imaginaţia să fie o abilitate de

care se poate profita pentru a le creşte performanţa. Imaginarea şi relaxarea au devenit baza celor mai multe intervenţii având acest scop (Cornelius, 2002a; Weinberg şi Gould, 2003). O explicaţie posibilă a eficienţei lor este că imaginaţia indusă hipnotic poate „accelera dezvoltarea capacităţii la nivelul învăţării motorii prin intermediul inervaţiilor musculare joase din muşchii asociaţi unei anumite abilităţi motorii" (Taylor *et al.*, 1993, p. 70). Williamson şi colaboratorii săi (2002) au descoperit că imaginaţia indusă hipnotic poate influenţa răspunsul cardiovascular şi efortul perceput (prin activarea cingulatului anterior şi a cortexului insular) în cazul indivizilor foarte susceptibili. Aceasta înseamnă că sportivii foarte hipnotizabili vor putea „trăi" imaginile mai realist, crescându-şi astfel familiaritatea, încrederea şi viteza de reacţie asociate abilităţii sau sarcinii imaginate.

Sunt mai multe teorii care încearcă să explice felul în care funcţionează imaginaţia pentru a creşte performanţa, dar un lucru e clar: funcţionează (Cornelius, 2002a). Pentru că hipnoza încorporează frecvent o componentă imaginativă, pare natural ca ea să fie folosită în acelaşi fel în care ar fi folosită imaginaţia în cazul preocupărilor pe care le are sportivul în legătură cu performanţa. De fapt, Taylor şi colegii săi (1993) au sugerat că imaginaţia crescută pe cale hipnotică poate fi utilizată în diverse feluri, inclusiv: a) creşterea încrederii în sine prin crearea imaginilor pozitive sau ale succesului; b) îmbunătăţirea conştienţei chinestezice; c) abordarea originilor performanţelor inconsecvente.

Posibilităţile de utilizare a imaginaţiei induse hipnotic sunt nelimitate; pe unele le vom prezenta pe scurt. În exemplul unui sprinter, Liggett (2000b, p. 53) l-a pus pe atlet să observe caracteristicile unei feline mari. Apoi l-a făcut să îşi imagineze că are atributele acelui animal, să îşi vizualizeze muşchii „explodând" la fel ca ai felinei şi apoi funcţionând lin şi controlat în timpul cursei. În alt caz, atletul s-a imaginat ca o maşină (locomotivă), neobosind şi obţinând performanţe constante (Liggett, 2000b, p. 54). Conform lui Taylor şi colaboratorilor săi (1993), „există tot mai multe dovezi că hipnoza poate îmbunătăţi calitatea imaginării mentale".

Imaginaţia este o experienţă polisenzorială. Când lucrează cu un sportiv, terapeutul trebuie să afle de la el cât mai multe informaţii posibil înainte de a începe şi să includă în imaginare cât mai multe sensuri. Cheia folosirii imaginaţiei bazate pe hipnoză este a-i cere sportivului mai degrabă să îşi închipuie sau să vadă decât să îşi imagineze.

După adâncirea hipnozei

Spune:

[Numele sportivului] Eşti profund relaxat... profund hipnotizat... nimic nu te va deranja. E uşor să asculţi tot ce îţi spun... În vreme ce stai aşezat [intins] pe acel scaun [pat], imaginează-ţi că ai în faţa ta un televizor mare sau poate un ecran, orice vrei... Acum ai devenit atât de profund relaxat... atât de hipnotizat... încât vei putea vizualiza tot ce îţi cer. Imaginile îţi vor fi atât de familiare, încât îţi va fi uşor să vezi pur şi simplu orice îţi cer... în doar o clipă te vei vedea făcând [unul dintre lucrurile pe care sportivul le va face în următoarea competiţie]. Vizualizează-te în grămadă... mijlocaşul ofensiv anunţă [faza jocului]. Te desprinzi şi alergi spre linia porţii... Vezi cu ochii minţii cum ajungi în poziţie, simte mirosul transpiraţiei care ţi se prelinge pe faţă, simte gazonul ud între degete. Ai exersat faza asta a jocului toată săptămâna... ştii ce trebuie să faci. Simte încordarea... tensiunea din degetele tale când ating pământul. Simte muşchii picioarelor încordându-se... tensionaţi... gata să te propulseze înainte... eşti atât de încrezător... Ştii schema... orice altceva e automat... mişcările tale, unde să îţi aşezi capul şi mâinile... eşti gata. Chiar înainte ca mingea să fie aruncată, mintea ta e concentrată, iar corpul tău e pregătit... eşti puternic... ai forţă... şi eşti pregătit. Mingea este aruncată... te arunci înainte... cu putere... graţios... mâinile tale îi taie calea apărătorului... el este aruncat spre spate... apuci repede... îl ai... picioarele ţi se proptesc în pământ... începi să îl împingi... se luptă... dar... tu ai controlul. Pe măsură ce înaintezi, întinzi mâinile şi îl tragi de mijloc... îl ai... continui să conduci... te vezi... puternic... îl trânteşti la pământ... în vreme de coechipierul tău aleargă pentru a puncta. Ţi-ai făcut treaba.

[Numele sportivului] Rămâi complet relaxat, dar continuă să asculţi cu atenţie ce îţi voi spune. Într-o clipă, voi număra în ordine descrescătoare de la 10 la 1. Vei ieşi treptat de sub hipnoză, dar vei fi cum eşti acum aproape tot timpul numărătorii. Când voi ajunge la „1", vei fi treaz şi alert, cum eşti de obicei. Îţi vei putea aminti tot ce ţi-am spus şi tot ce ai făcut. Îţi va fi uşor să revii în această stare de concentrare totală... şi încredere oricând vei avea nevoie... de fiecare dată când mijlocaşul ofensiv va spune „jos". Îţi va fi tot mai uşor să îţi aminteşti această stare de concentrare... şi încredere de fiecare dată când mijlocaşul ofensiv va spune „jos". Vei rămâne în această stare până când vei auzi fluierul de final... dar... vei putea reveni... când mijlocaşul ofensiv va spune „jos". După ce te vei trezi, te vei simţi înviorat. Voi număra descrescător de la 10 la 1. La „1" vei fi perfect treaz. Astăzi, puţin mai târziu, îţi voi cere să devii

mai încrezător şi mai concentrat în timpul antrenamentului de fiecare dată când îl vei auzi pe mijlocaşul ofensiv spunând „jos". Când îl auzi, simţi brusc că eşti mai conştient..., un val de încredere... şi concentrare te cuprinde. Şi apoi vei fi complet încrezător şi foarte atent la tot ce trebuie să faci bine. Vei putea întotdeauna să revii în această stare, ori de câte ori doreşti. În regulă, gata – 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 –, perfect treaz şi pregătit.

Stabilirea scopurilor

Aproape toţi sportivii îşi stabilesc, într-un fel sau altul, ţeluri, fie că sunt scopuri vagi, de genul „dă tot ce ai mai bun", fie specifice, ca un „timp de păstrare" de 4,3 secunde şi aterizarea mingii între liniile de cinci şi zece yarzi. Scopurile ne ajută să ne focalizăm energia pe un obiectiv specific, ne menţin motivaţi şi concentraţi asupra lui şi ne ajută să reducem confuzia cu privire la ceea ce trebuie făcut pentru a-l atinge. Deşi în sport stabilirea unor ţeluri este ceva foarte obişnuit, mulţi sportivi au dificultăţi în urmărirea schimbărilor necesare pentru a-şi atinge ţinta. Nereuşita poate fi rezultatul necunoaşterii modalităţii de a încorpora schimbările. Folosind hipnoza, sportivii îşi pot imagina diversele etape şi schimbări necesare pentru a atinge un scop. Ei pot chiar şi să îşi imagineze cum ar fi să reuşească, fapt ce îi ajută să îşi crească plăcerea jocului şi motivaţia.

Ar trebui discutat în termeni de ţeluri pe termen lung (ţeluri-vis [obiective terminale]) şi ţeluri pe termen scurt (obiective intermediare). De obicei, atingerea acestora din urmă îl duce pe sportiv mai aproape de îndeplinirea scopului pe termen lung sau a visului. De exemplu, majoritatea tind să se focalizeze pe rezultate (obţinerea primului loc, câştigarea campionatului etc.), dar deseori ignoră paşii mici care le-ar permite să obţină aceste rezultate. Nu complica lucrurile. Când discută despre atingerea scopurilor cu un sportiv, terapeutul ar trebui să-i ceară să se gândească la o scară, capătul de sus fiind ţelul pe termen lung (de exemplu, campionatul), iar treptele fiind obiectivele pe termen scurt care îl duc spre rezultatul final (punctaj mai mare decât al adversarilor, recuperarea după o greşeală, nivelul de pregătire fizică etc.). Odată ce scopurile specifice sunt stabilite şi se stabileşte o limită de timp, hipnoza poate fi folosită pentru a-i ajuta pe sportivi să se vadă (să se imagineze) în fiecare etapă a procesului. Ar trebui avut grijă să nu se vizualizeze schimbări prea drastice sau prea îndepărtate comparativ cu capacitatea curentă

a sportivului. Ar fi dificilă vizualizarea unui anumit nivel de atingere a scopurilor dacă sportivul nu s-a apropiat niciodată de un astfel de nivel. Făcând aceasta, consultantul (hipnoterapeutul) creşte probabilitatea eşecului şi îi reduce clientului încrederea în sine şi probabilitatea unor reuşite viitoare.

După adâncirea hipnozei

Spui:

> [Numele atletului] Eşti profund relaxat... profund hipnotizat... nimic nu te va deranja. Este uşor să asculţi tot ce am de spus... În vreme ce stai aşezat [culcat] pe acel scaun [pat], imaginează-ţi că ai în faţa ta un televizor mare sau poate un ecran... oricare doreşti... Acum ai devenit atât de relaxat... atât de hipnotizat... încât vei putea vizualiza tot ce îţi cer. Imaginile vor fi atât de familiare, încât îţi va fi foarte uşor pur şi simplu să vezi orice îţi cer... în doar o clipă te vei vedea aşezându-te la start... lucrezi la demaraj... şi când vei stăpâni demarajul... vei fi mai aproape de timpul de 6,87... Acum... vizualizează-te pe pistă înainte de start... îţi faci încălzirea normală... înainte de cursă... pui mâna dreaptă jos... apoi stânga... împingi în afară piciorul drept... apoi stângul... îl scuturi [pauză]. Acum eşti în blocstart, cu capul în jos... aştepţi comanda... „pe locuri"... posteriorul ridicat... eşti pregătit să ţâşneşti... pistolul se declanşează... conduci cu piciorul stâng şi tragi cu cel drept... Rămâi jos... în timp ce îţi aduni forţele pentru primii zece paşi... apoi ţâşneşti. Vizualizează-te devenind mai bun... vezi cum, de fiecare dată când te aşezi la start... te simţi mai încrezător... mai puternic... devii mai bun la un demaraj jos şi puternic... de fiecare dată când porneşti din blocstart. Cu cât exersezi mai mult ţâşnirea şi demarajul... cu atât mai rapid vei deveni... va deveni atât de natural... de fluid... încât pur şi simplu se va întâmpla de la sine... atât de natural, încât devine automat... devine tot mai bun... mai fluid... şi mai lin cu fiecare dată. Vezi-te... făcând progrese la pornirea din blocstart... devenind mai puternic... mai rapid cu fiecare încercare... simţindu-te mai încrezător... mai controlat... devenind mai graţios... mai fluid... cu fiecare start... cu fiecare start... forma ta... se va îmbunătăţi... vei avea mai mult control asupra corpului tău... demarezi jos primii zece paşi înainte de a ţâşni... cu fiecare start reuşit... te apropii de ţelul tău. Cu fiecare start reuşit... te vei apropia... de scopul tău... încrederea în capacitatea ta de a-ţi atinge scopurile va creşte... de fiecare dată când vei vizualiza pornirea de la linia de start... de fiecare dată... îţi va fi mai uşor să îţi aminteşti ce ai învăţat... şi să o aplici... pe pistă... Te vei simţi... exact cum te-ai

simţit aici... ţâşnind... demarând jos... primii zece paşi... şi când vei putea face asta... vei fi mai aproape de scopul tău de 6,87. Te vei apropia de scopul tău... mai aproape... cu fiecare pas... cu fiecare start reuşit... te vei apropia... pentru că ai toate aceste abilităţi... acum... poţi începe imediat... cu acel prim pas... şi te vei simţi bine... să o faci. [După vizualizarea câtorva starturi reuşite, atletul confirmă încercările reuşite folosind un semnal ideomotor.]

Acum [numele atletului]... permite-ţi să trăieşti succesul, sentimentul că ţi-ai atins scopul... de a ţâşni din blocstart rămânând jos... încrederea... puterea. Acum eşti mai aproape de ţelul tău... îţi simţi ţelul... Ia o pauză... Bucură-te de aceste sentimente... de sentimentul de reuşită. Pe măsură ce faci fiecare pas spre ţelul tău... te simţi din ce... în ce mai confortabil... îţi vei putea aminti cum te simţi când îţi atingi scopul. Când te vei trezi... peste doar câteva momente... îţi vei putea aminti procesul de a-ţi atinge scopul... paşii pe care îi vei face... şi cum te vei simţi pe parcurs. Vei aştepta cu nerăbdare să munceşti pentru a-ţi atinge scopul. [Scoate atletul de sub hipnoză şi chestionează-l.]

Dezvoltarea abilităţilor şi îmbunătăţirea tehnicii

Dezvoltarea tehnicii este altă zonă în care hipnoza s-a dovedit a fi benefică (Liggett, 2000a, 2000b ; Liggett şi Hamada, 1993 ; Taylor *et al.*, 1993). Hipnoza îl poate ajuta pe sportiv să deprindă noi abilităţi sau să şi le perfecţioneze pe cele pe care le are deja „asistând sportivul în ajungerea la semnalele relevante din secvenţializarea şi sincronizarea răspunsurilor complexe" (Taylor *et al.*, 1993, p. 68). Taylor şi colaboratorii săi afirmă că hipnoza „pare să faciliteze accesarea conştientă a subtilelor procese neuromusculare şi a mecanismelor care în alte condiţii ar părea în afara controlului conştient", permiţându-i sportivului să dezvolte stăpânirea abilităţilor prin îmbunătăţirea conştienţei chinestezice şi a controlului (1993, p. 70). Sub hipnoză el poate să exerseze noi strategii, să identifice şi să îşi dezvolte abilităţile care necesită îmbunătăţire şi să ia decizii rapide şi corecte în timpul competiţiilor.

Cercetătorii au folosit hipnoza pentru a spori performanţele tehnice şi a facilita dezvoltarea abilităţilor gimnaştilor (Liggett, 2000a, 2000b ; Liggett şi Hamada, 1993), ale jucătorilor de baseball (Pates, Oliver şi Maynard, 2001 ; Schreiber, 1991), de volei (Baer, 1980), de golf (Pates şi Maynard, 2000) şi de tenis (Taylor *et al.*, 1993). Liggett şi Hamada (1993) au descris felul în care au folosit imaginarea

pentru a-i ajuta pe gimnaşti să îşi perfecţioneze exerciţiile. Folosindu-se imaginile bazate pe hipnoză, unui sportiv aflat în transă i s-a cerut să se imagineze făcând un salt dublu pe spate cu o răsucire completă. El a povestit că s-a putut vedea făcând mişcările cu încetinitorul pentru a înţelege sincronizarea şi poziţia corpului. Încet, atletul a început să crească viteza mişcărilor, până când a ajuns la cea reală. Hipnoza îl poate ajuta pe un sportiv şi să aibă acces la imaginaţia la persoana întâi (să privească prin ochii sportivului), permiţându-i să încorporeze, în stare hipnotică, senzaţii chinestezice, miros, atingere, sunete şi imagini mult mai vii (Liggett, 2000b ; Taylor *et al.*, 1993). Cu cât vizualizările sunt mai vii, cu atât mai uşor le este atleţilor să îşi transfere succesul şi în lumea reală. Ei pot exersa mental noi abilităţi de mai multe ori, până când se simt confortabil să le execute singuri, fără să irosească prea multă energie sau să se accidenteze din pricina antrenamentului excesiv.

De exemplu, să analizăm scenariul unui săritor în lungime al cărui scop pe termen lung este să îşi crească distanţa cu 10-12,5 centimetri în următoarele cinci săptămâni. După ce am stabilit că acesta este un ţel realist, culegem mai multe informaţii cu privire la îmbunătăţirile de care atletul are nevoie pentru a-şi atinge scopul (de obicei astfel de informaţii sunt oferite de un antrenor). Sunt mai multe aspecte tehnice care trebuie perfecţionate, inclusiv mişcarea picioarelor, menţinerea posturii corecte în aer şi aplecarea la aterizare. Pe baza acestor date putem începe să îl ajutăm pe sportiv să se apropie de scopul lui pe termen lung îmbunătăţindu-şi tehnica în aceste domenii. Folosind imaginile induse hipnotic, săritorul în lungime îşi poate exersa mişcările mai întâi cu încetinitorul, pentru a înţelege coordonarea, apoi la ritmul real pentru a simţi cum atinge marcajul şi sare cu viteză maximă.

După adâncirea hipnozei

Spui :

> [Numele atletului] Eşti profund relaxat... profund hipnotizat... nimic nu te va deranja. Este uşor să asculţi tot ce spun... În vreme ce stai aşezat [întins] pe acel scaun [pat], imaginează-ţi că ai în faţa ta un televizor mare sau poate un ecran... oricare doreşti... Acum ai devenit atât de profund relaxat... atât de hipnotizat... încât vei putea vizualiza tot ce îţi cer. Imaginile vor fi atât de familiare... încât îţi va fi foarte uşor pur şi simplu să vezi orice îţi cer... în doar o clipă te

vei vedea la linia de start... poate un pic vag la început, dar curând te vei vedea foarte clar... [pauză] te poți vedea... [semnal ideomotor]? Bun... Vizualizează-te mișcându-te cu încetinitorul... balansându-te spre spate pe călcâiul drept... simte greutatea mutându-se de pe stângul pe dreptul pe măsură ce te balansezi... simte ritmul acelui balans... atât de lin... atât de natural... te simți... când treci de pe un picior pe celălalt... Acum te vezi... cum schimbi și țâșnești... de pe piciorul stâng... și te îndrepți spre pasul următor... cu putere... simte ritmul natural al mutării forței în vreme ce țâșnești de pe vârfurile picioarelor. Vizualizează-te pășind pe culoar... simte cum se ridică fiecare picior... atât de fluid... atât de grațios... te apropii de marcaj în formă bună... lovești marcajul din fugă... și țâșnești... în aer... te întinzi înainte... te întinzi spre vârfurile picioarelor... aterizezi cu picioarele înainte... și te ridici... ești mulțumit de săritură... vezi timpul... un nou record personal!

Sunt mai multe puncte-cheie care vor face toate acestea mai eficiente. Mai întâi, cu cât mai multe informații și detalii sunt incluse în poveste, cu atât mai bine. Scenariul este mai mult un schelet pe care se va construi în funcție de reacții. Folosirea limbajului atletului face imaginarea mai eficientă. O sugestie a mea este să îl determini pe atlet să vină cu o descriere a procesului săriturii, folosindu-și propriile cuvinte, și apoi să o adaptezi în scenariu. După prima descriere este important să obții reacții cu privire la ce a funcționat și ce nu. După ce povestea este ajustată, treci prin proces de mai multe ori, accelerând imaginea de fiecare dată. În sfârșit, adaugă sugestii de încredere în sine, control, putere și grație pentru a maximiza eficiența.

Obținerea excitării optime

Excitarea este o parte inerentă a performanțelor sportive. Dar ea singură nu este, de obicei, suficientă pentru atingerea țelului dorit. Există o mică fereastră sau zonă în care nivelul de excitare este optim pentru atingerea performanței de vârf. Este zona optimă de funcționare (Hanin, 1999). Nivelele de excitare din afara acestei ferestre, prea mici sau prea mari, pot avea un impact negativ asupra performanței. Csikszentmihaly (1990) a relevat că o stare psihologică pe care a numit-o „efuziune" este puternic asociată cu performanța maximă. Unde anume apare această fereastră sau zonă depinde de diverși factori: sarcina, sportul, poziția, preferințele personale și

aşa mai departe. De exemplu, lovitura de golf necesită un nivel diferit de excitare decât pregătirea atacului unui fotbalist sau împingerea la margine a unui adversar la hockey. Atleţii care îşi pot activa zona de funcţionare optimă îşi cresc probabilitatea de a simţi efuziunea. Din păcate, multor sportivi le este greu să ajungă în această zonă în mod consecvent. Totuşi, sub hipnoză este posibil să îi faci să îşi amintească performanţele de succes şi să retrăiască senzaţii (încrederea în sine, nivelul de excitare, gândurile etc.) şi mişcările care au însoţit acea performanţă. Odată ce sportivul îşi poate aminti la diverse nivele senzoriale aceste experienţe, terapeutul le poate asocia cu un cuvânt-semnal sau un declanşator. Sportivul le poate retrăi ori de câte ori e necesar pentru a-şi creşte şansa de a simţi efuziunea. Pates, Oliver şi colaboratorii lor (2001) (vezi şi Pates, Cummings şi Maynard, 2002) au arătat că hipnoza poate fi folosită pentru a facilita efuziunea şi a îmbunătăţi performanţa sporind încrederea, focalizarea şi controlul. Exerciţiile repetate sub hipnoză pot ajuta atunci la întărirea folosirii sugestiei posthipnotice utilizând un cuvânt semnal sau un declanşator.

După adâncirea hipnozei

Spui :

> [Numele atletului] Ai devenit acum atât de profund relaxat... atât de profund hipnotizat... încât mintea ta a devenit atât de limpede... şi de focalizată... pe tot ce sunt pe cale să spun... încât vei putea trăi tot ce îţi cer. Continuă să mergi mai adânc... şi mai adânc în această stare hipnotică pe care o trăieşti acum. Acum voi număra de la 5 la 1... La 1 revii la un moment în care erai în „starea aceea"... când totul părea să se lege... un moment în care te-ai simţit extrem de încrezător în abilităţile tale... când jocul părea să se desfăşoare cu încetinitorul... un moment în care ai ştiu ce urma să se întâmple... înainte de a se întâmpla. Doar permite-ţi să revii la acea experienţă plăcută... şi simte din nou acele senzaţii pozitive... Când eşti acolo, lasă-ţi arătătorului drept să se ridice de pe braţul scaunului [după răspunsul ideomotor]. Bun... În vreme ce te bucuri de acel moment... încă o dată... vei putea simţi acele senzaţii de a fi extrem de încrezător... relaxat... şi controlat. Şi când începi să ai din nou acele senzaţii, permite arătătorului tău drept să se ridice de pe braţul scaunului pentru a mă anunţa [aşteaptă semnalul]. Bun. Simte acele emoţii devenind tot mai puternice... pe măsură ce continui să te cufunzi în acea experienţă anterioară [pauză]. Şi acum, în vreme ce trăieşti aceste senzaţii, aş vrea să [sugerează un declanşator cum ar

fi atingerea genunchiului sau cotului drept, strângerea pumnului drept, strângerea mingii de două ori etc.] și în timp ce faci asta, aceste senzații pozitive vor deveni și mai puternice. Așa, doar [declanșator] ca un semn și simbol al încrederii și controlului. Pe măsură ce [declanșator], simte sentimentul de încredere... și control... cuprinzându-te din nou... dându-ți energie. Oricând vrei să simți din nou aceste senzații, tot ce trebuie să faci este să [declanșator] și aceleași amintiri și senzații îți vor reveni... devii mai relaxat... mai concentrat... mai alert... și mai încrezător... De fiecare dată când exersezi amintirea acestor senzații... ele vor reveni mai rapid... mai clare decât înainte [pauză].

[Numele sportivului] Rămâi complet relaxat, dar continuă să asculți cu atenție ce îți voi spune în continuare. Într-o clipă... voi începe să număr în ordine descrescătoare de la 10 la 1. Și... pe măsură ce fac asta... vei ieși treptat de sub hipnoză. Când voi ajunge la „1", vei fi treaz și alert cum erai când ai venit astăzi aici. Vei putea să îți amintești tot ce ți-am spus și lucrurile pe care le-ai făcut... vei descoperi că îți va fi ușor să îți amintești aceste sentimente de încredere... control... și relaxare... oricând ai nevoie... doar [declanșator]. Îți va fi tot mai ușor să îți amintești această stare de încredere... control... și relaxare... de fiecare dată când [declanșator]. Acum voi număra descrescător de la 10 la 1. La „1" vei fi complet treaz. Puțin mai târziu îți voi cere să respiri adânc și să [declanșator]. Când o voi face... vei simți brusc un val de încredere... control... și relaxare cuprinzându-te... Și atunci... vei fi complet încrezător... și foarte atent... la tot ce trebuie să faci bine. Întotdeauna vei putea reveni la această stare oricând dorești. În regulă, gata – 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 –, perfect treaz și pregătit.

Gestionarea excitării

Arreed Barabasz, câștigător, până în 1995, a peste o duzină de campionate Formula Atlantic, a fost întrebat odată de un reporter sportiv de la o televiziune de ce cuvântul *calm* apare deasupra tahometrului mașinii sale de curse, pe care, în viraje, o conducea cu peste 240 de kilometri la oră. Fără să menționeze hipnoza, Barabasz a replicat: „Oh, doar îmi amintește ce trebuie să fac pentru a câștiga".

Deseori, înaintea și în timpul competițiilor, atleții trăiesc nivele crescute de anxietate, stres și excitare (Jones și Hardy, 1990). Din această cauză, mulți psihologi sportivi includ, ca parte a pregătirii, o formă de administrare fiziologică. Majoritatea sportivilor sunt preocupați de scăderea nivelelor de anxietatea dinaintea competițiilor

sau a excitării ridicate, dar unii se străduiesc să „se trezească" pentru performanţele lor. În afara competiţiei, scenariile anterioare de excitare şi relaxare pot fi folosite pentru a ajuta la reglarea acestora. Totuşi, sunt momente în care sportivii sunt în „criză", când nu pot da randament maxim în timpul competiţiilor. În aceste cazuri ei trebuie să îşi poată reduce rapid nivelele de excitare pentru a se focaliza, sau performanţa va avea de suferit. Oferim aici câteva inducţii hipnotice rapide ce pot fi folosite în mediul competiţional. Exerciţiile hipnotice anterioare vor creşte eficacitatea acestor tehnici.

Mâinile se apropie pentru a diminua excitarea

Spune :

> [Braţele sportivului sunt întinse în faţă, palmele sunt faţă în faţă la aproximativ 15-20 de centimetri una de cealaltă.] Uită-te la braţele tale cum se apropie de la sine. Pe măsură ce distanţa dintre mâinile tale se micşorează, restul corpului tău devine tot mai relaxat. În curând mâinile tale se vor atinge în vreme ce te uiţi la ele şi tu vei deveni din ce în ce mai relaxat. Cu cât se apropie mai tare mâinile tale, cu atât mai puţin tensionat vei fi. Mai aproape, şi mai aproape... din ce în ce mai relaxat... Bine, asta e... Întreabă-te cât de multă tensiune vrei să păstrezi pentru performanţa de azi. Şi vei simţi că nivelul tău de excitare este acolo unde trebuie să fie, vei fi pregătit să atingi nivelul optim.

Darea ochilor peste cap pentru creşterea excitării (derivată din Barabasz, 2000)

Spune :

> [Ochii sportivului sunt îndreptaţi spre centrul frunţii.] Permite-ţi să stai confortabil. Stai în picioare [aşezat] cu picioarele uşor depărtate şi aşezate complet pe podea... pune mâinile pe lângă corp [sau în poală]. Lasă-ţi uşor capul în jos şi dă ochii peste cap astfel încât ei să privească un punct de pe fruntea ta unde se află degetul meu [pune un deget pe mijlocul părţii de sus a frunţii]. S-ar putea să simţi un uşor disconfort, dar încearcă să te focalizezi asupra acelui punct. Inspiră adânc şi expiră încet. Ascultă cu atenţie ce spun... Pe măsură ce ochii tăi obosesc tot mai mult, corpul tău se energizează din ce în ce mai tare. Vei deveni mai alert pe măsură ce ochii tău devin mai grei... din ce în ce mai alert şi mai pregătit de joc. Şi, când ochii tăi decid, în sfârşit, să se închidă, vei ajunge la stare optimă de excitare. [Repetă de câteva ori. Urmărind o indicaţie a

transei terapeutul îşi coboară încet degetul dincolo de nas; ochii sportivului ar trebui să îl urmărească şi să se închidă.]

Concentrarea

Motivaţia şi excitarea pot influenţa mult capacitatea unui atlet de a rămâne focalizat şi de a lua decizii rapide şi corecte în toiul competiţiei. Există numeroase obstacole, pe teren şi în afara lui, care îl distrag pe sportiv de la a da tot ce are mai bun. Grija privind ce gândesc ceilalţi (antrenori, coechipieri etc.), jocul anterior care nu a mers bine, planuri după joc şi diverse alte gânduri sunt doar câteva exemple ale distragerilor pentru un sportiv. Chiar natura anumitor sporturi poate duce la o descreştere a concentrării în timp din cauza complexităţii. Problema cu care se confruntă aceşti sportivi este că lipsa concentrării i-ar putea costa jocul. Totuşi, să fii constant vigilent pe durata unui joc de golf pe un teren cu nouă găuri, de exemplu, poate duce la oboseală mentală ce rezultă în scăderea vitezei de reacţie şi decizii proaste. În astfel de situaţii, respectarea anumitor semnale îi poate ajuta pe atleţi să îşi maximizeze perioadele în care trebuie să fie atenţi şi pe cele în care se pot relaxa mental. În transă, sportivilor li se poate cere să îşi imagineze semnale specifice care i-ar putea anunţa să îşi crească nivelul de concentrare. În baseball, de exemplu, când aruncătorul păşeşte în zona de bătaie acesta este un semnal (pentru alţi jucători) să jocul este pe cale să înceapă. Când aruncătorul a ieşit din zona de bătaie este un semnal pentru apărătorii exteriori să îşi scadă nivelul excitării şi concentrării. Pot fi date, de exemplu, sugestii ca atunci când apărătorul exterior îşi loveşte mănuşa, jucătorii să fie la nivelul optim de alertă şi excitare. Când se încheie o fază de joc (jucătorul aflat la bătaie loveşte sau iese din *batter box* sau aruncătorul iese din zona de bătaie), apărătorului exterior i se poate spune să îşi aranjeze şapca drept indicaţie către ceilalţi jucători să îşi relaxeze momentan concentrarea. Repetarea, în transă, a acestor semnale cu sugestii de focalizare sau atenţie poate fortifica acest tehnici şi ascuţi abilitatea sportivului de a-şi adapta focalizarea. Nivelul de concentrare al acestuia poate fi apoi restabilit folosind o inducţie rapidă (de exemplu, darea ochilor peste cap), un cuvânt semnal sau un declanşator. Alternativ, unii sportivi răspund mai bine la sugestii posthipnotice.

După adâncirea hipnozei

Spui :

Acum ai devenit atât de profund relaxat... te simţi atât de confortabil... atât de profund hipnotizat... încât mintea ta a devenit atât de deschisă... atât de receptivă la tot ce spun... tot ce spun... se va adânci în inconştientul tău... şi tot ce îţi spun va lăsa o impresie atât de profundă şi durabilă... nimic nu o va schimba... Mintea ta este atât de receptivă încât va fi uşor nici să nu te gândeşti... sau să înţelegi... lucrurile pe care le spun. De fapt, nici nu e nevoie să asculţi foarte atent ce spun pentru că inconştientul tău va putea să audă... şi să înţeleagă... tot ce îţi spun. Doar permite-i conştientului tău... să se bucure de starea plăcută... de relaxare totală... care te-a cuprins... şi lasă-ţi inconştientul să preia controlul. Toate lucrurile pe care le spun, încep să se cufunde adânc în inconştientul tău... curând vor începe să exercite o mai mare influenţă asupra felului în care gândeşti... asupra felului în care te simţi... asupra felului în care joci. Şi... pentru că aceste lucruri se vor cufunda atât de adânc... în mintea ta... ele vor continua să influenţeze... felul în care gândeşti... şi felul în care joci... [numele sportivului] eşti profund relaxat... profund hipnotizat... nimic nu te va deranja... În vreme ce stai aşezat [întins] pe acel scaun [pat], imaginează-ţi că ai în faţa ta un televizor mare sau poate un ecran... oricare doreşti... Acum ai devenit atât de profund relaxat... atât de hipnotizat... încât vei putea să vizualizezi tot ce îţi cer... Îţi va fi uşor să asculţi tot ce spun... Imaginile vor fi atât de familiare... încât îţi va fi foarte uşor pur şi simplu să vezi orice îţi cer... şi poate chiar să le trăieşti... în doar o clipă te vei vedea pe ecran... la bătaie... în jurul tău sunt multe lucruri care te distrag... publicul... luminile... prinzătorul din spatele tău... şi jucătorii din teren... este dificil să te concentrezi [pauză]... Când intri în *batter box*, intri într-o zonă specială. Aici simţi că poţi să te concentrezi asupra rotirii mingii... pentru că distragerile sunt anulate în această zonă... orice altceva se estompează... vei începe să te simţi mai încrezător... mai controlat... şi... mai alert în toate felurile. Când vei păşi în *batter box*... vei deveni atât de concentrat... atât de conştient... atât de alert... încât îţi va fi mai uşor să înţelegi rotaţia mingii care părăseşte mâna aruncătorului... vei deveni atât de profund concentrat în *batter box*, încât mingea va părea mai mare... şi se va mişca mai încet... nu te vei mai gândi atât de mult la tine... la adversarul tău... sau la mulţimea din tribune... vei deveni mai puţin conştient de ceea ce faci... şi de cum te simţi... Vei recunoaşte rotaţia mingii... fără să te gândeşti... fără îndoieli... şi fără frica de a o rata... Vei putea să iei decizia corectă... să faci

mişcarea corectă... automat... fără să te gândeşti... pentru că vei deveni mai încrezător... şi mai concentrat... când vei păşi în *batter box*. În fiecare zi îţi va fi din ce în ce mai uşor să te simţi tot mai concentrat... când vei păşi în *batter box*... în fiecare zi. Când va fi momentul să joci... la antrenament... sau în competiţie... vei putea să gândeşti mai limpede... să fii mai concentrat... când vei păşi în *batter box*. Îţi va fi atât de uşor doar să joci jocul care îţi place atât de mult... încât se va întâmpla pur şi simplu, fără să ştii. In fiecare zi eşti tot mai puţin anxios... mai puţin preocupat de mulţime... şi mai puţin concentrat asupra adversarilor tăi. Vei deveni... şi vei rămâne... tot mai complet concentrat asupra bâtei... doar păşind în *batter box*, pe teren. Acum... [numele sportivului] vrea să exersezi păşitul în *batter box*... observă cum zgomotul începe să se estompeze când eşti acolo... devii mai încrezător şi mai conştient... şi observi... cum poţi deveni mai focalizat păşind în *batter box*... Când te simţi confortabil păşind acolo şi eşti mai alert... permite arătătorului drept să se ridice de pe braţul scaunului [după răspunsul ideomotor]. Bun... cu cât exersezi mai mult păşitul în *batter box*... cu atât mai curând vei deveni mai concentrat şi mai alert pe teren... Acest lucru pe care l-am plantat în partea inconştientă a minţii tale... păşitul în *batter box*... după ce vei pleca de aici... când nu vei mai fi cu mine... va continua să îţi sporească capacitatea de a deveni încrezător... concentrat... şi de a fi alert... la fel de puternic... la fel de clar... când vei fi acasă... sau la muncă... ca atunci când eşti cu mine în această încăpere.

[Numele sportivului] Rămâi complet relaxat, dar continuă să asculţi cu atenţie ce îţi voi spune în continuare. Într-o clipă voi număra în ordine descrescătoare de la 10 la 1. Vei ieşi treptat de sub hipnoză, dar te vei simţi ca acum pe durata majorităţii numărătorii. Când voi ajunge la „1", vei fi pe cât de treaz şi de alert eşti de obicei. Îţi vei putea aminti toate lucrurile pe care ţi le-am spus şi lucrurile pe care le-ai făcut. Îţi va fi uşor să revii la această stare de concentrare totală oricând ai nevoie... doar spunând „păşesc în *batter box*". Îţi va fi tot mai uşor să îţi aminteşti această stare de concentrare totală de fiecare dată când vei păşi în *batter box*. După ce te vei trezi, te vei simţi înviorat. Voi număra descrescător de la 10 la 1. La „1" vei fi complet treaz. Astăzi, mai târziu, când vei pleca la antrenament, îţi voi cere să exersezi păşitul în *batter box*. Când o vei face vei simţi brusc un val de conştienţă şi concentrare cuprinzându-te. Şi atunci vei fi complet concentrat şi foarte atent la tot ce trebuie să faci bine. Vei putea mereu să revii la această stare oricând doreşti. În regulă, gata – 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 –, perfect treaz şi pregătit.

Încrederea în sine şi motivaţia

Deseori sportivii descoperă că le e dificil să menţină un nivel constant de încredere şi motivaţie. Este una dintre cele mai frecvente probleme menţionate de sportivi (Weinberg şi Gould, 1995). Aceştia au o tendinţă de a lăsa ca cele mai recente performanţe în competiţie sau la antrenament să determine felul în care vor evolua în viitor. În anii '90, Arreed Barabasz l-a înfruntat pe Lynn St. James, un şofer experimentat, în cursa campionatului naţional Formula Atlantic din Portland, Oregon. Încrederea lui în timpul competiţiei cu o echipă profesionistă care venise chiar şi cu o maşină de curse de rezervă a provenit din faptul că stabilise recordul pe pistă cu doar câteva săptămâni înainte. Barabasz a câştigat cursa după o luptă strânsă. St. James a continuat calificându-se în runda a doua pentru Indianapolis 500, cu puţin înaintea campionului mondial de Formula 1, Nigel Mansel. St. James mai participase la acea cursă şi Mansel nu. Încrederea poate avea o importanţă uriaşă.

În schimb, începerea sezonului cu câteva pierderi poate avea efectul unui bulgăre de zăpadă al gândirii negative şi pierderii încrederii în sine pentru restul sezonului. Căderile pot duce şi ele la o scădere a încrederii în competenţele proprii şi la îndoială de sine. Russell (1980) a sugerat folosirea unor autosugestii pozitive combinate cu imagini induse hipnotic pentru creşterea încrederii şi coordonării sportivului. Gardner şi Olness (1981) au descris cazul unei fetiţe de 11 ani care era cuprinsă de anxietate cu privire la apropierea unei competiţii de patinaj pe gheaţă. Când a fost regresată la vârstele de 8, 9 şi 10 ani, ea şi-a amintit un incident neplăcut. După ce a fost rehipnotizată, i s-a cerut să „îl trimită la plimbare" pe un ponei (o imagine care avea semnificaţie pentru ea). Anxietatea ei privind competiţia de patinaj a cedat şi ea a concurat foarte bine în cadrul evenimentului.

Hipnoterapia pentru întărirea eului (încredere în sine) face exact ceea ce îi spune şi numele. Este o strategie folosită pentru a facilita stima de sine şi încrederea în propriile forţe susţinându-l pe client şi subliniindu-i punctele forte (Hammond, 1990 ; Taylor *et al.*, 1993). Protocoalele de întărire a eului pot fi folosite pentru a-i ajuta pe sportivi să îşi „reprogrameze" dialogurile interioare folosind sugestii de încredere şi stimă de sine.

Richard Morris, un prieten şi fost student al lui John Watkins (1982), a descris tehnici hipnotice pe care le-a folosit cu succes pentru îmbunătăţirea abilităţilor luptătorilor de a combate căderile din timpul meciurilor, pe vremea când era consultant al echipei de baseball New York Mets. El a relatat că deseori descoperea stări distructive ale eului care ieşeau la suprafaţă în acele momente şi diminuau capacităţile jucătorilor. Morris a folosit o abordare hipnoanalitică a stărilor eului pentru rezolva conflictele care păreau să rezulte în căderi. Tehnica a fost eficientă în special în cazul aruncătorilor (vezi *Hypnoanalytic Techniques*, pentru a afla procedura). Exemple de sugestii folosite în această metodă de creştere a performanţei includ: „Te vei simţi mai puternic cu fiecare pas; mai alert şi mai interesat de ce faci"; sugestiile pentru excitare includ: „Vei trăi o senzaţie de plăcere şi cal pe măsură ce înaintezi cu fiecare pas". Legarea acestor senzaţii de un declanşator cum ar fi strângerea mâinii dominante poate facilita şi mai mult abilitatea sportivului de a-şi aminti sentimentele de încredere. Exersarea acestui scenariu de mai multe ori poate spori eficienţa declanşatorului (de exemplu, strângerea pumnului).

După adâncirea hipnozei

Acum ai devenit atât de profund relaxat… te simţi atât de confortabil… atât de profund hipnotizat… încât mintea ta a devenit atât de deschisă… atât de receptivă la tot ce spun… tot ce spun… se va adânci în inconştientul tău… şi tot ce îţi spun va lăsa o impresie atât de profundă şi durabilă… nimic nu o va schimba… Mintea ta este atât de receptivă încât va fi uşor nici să nu te gândeşti… sau să înţelegi… lucrurile pe care le spun. De fapt, nici nu e nevoie să asculţi foarte atent ce spun pentru că inconştientul tău va putea auzi… şi înţelege… tot ce îţi spun. Doar permite-i conştientului tău… să se bucure de starea plăcută… de relaxare totală… care te-a cuprins… şi lasă-ţi inconştientul să preia controlul. Pe măsură ce cuvintele încep să se integreze… adânc în inconştientul tău… curând vor începe să exercite o mai mare influenţă asupra felului în care gândeşti… asupra felului în care te simţi… asupra felului în care joci pe teren. Şi… pentru că aceste lucruri vor deveni… permanent integrate… în mintea ta… ele vor continua să influenţeze… felul în care gândeşti… felul în care te simţi… şi felul în care joci… chiar şi după ce pleci dina cest cabinet… ele vor continua să îţi influenţeze felul în care gândeşti… şi te simţi… la fel de puternic… la fel de clar… pe teren… la antrenament… şi în viaţa de zi cu zi… aşa cum o faci acum, când

eşti aici cu mine. Aceste gânduri vor deveni atât de integrate... de bine apărate... în inconştientul tău... după ce pleci de aici... şi nu mai eşti cu mine... ele vor continua să exercite aceeaşi influenţă... asupra gândurilor tale... a sentimentelor... a acţiunilor... la fel de puternic... la fel de clar... cu la fel de multă forţă... când eşti la antrenament... când joci... sau când eşti acasă... la fel cum o faci astăzi când eşti aici, cu mine. Cu fiecare antrenament şi competiţie... vei începe să te simţi mai încrezător... mai puternic din punct de vedere fizic şi mai pregătit în toate sensurile. Vei deveni mai concentrat... mai conştient... mai energic... Vei obosi mult mai greu... şi te vei descuraja mult mai greu... în fiecare zi... vei deveni atât de motivat să dai tot ce ai mai bun... încât totul se va estompa... nu te vei mai gândi nici pe departe atât de mult la tine... la adversarul tău... sau la mulţime... vei deveni mult mai puţin conştient de cum evoluezi... şi cum te simţi... vei începe să iei decizii pe teren... fără să te gândeşti... fără să îţi faci griji în legătură cu consecinţele... şi fără teama de a eşua... Vei fi capabil să iei decizia corectă... să faci mişcarea corectă... automat... fără să te gândeşti... pentru că vei deveni mai încrezător... şi mai sigur pe tine... în fiecare zi. Când este momentul să evoluezi... în timpul antrenamentului... sau într-un meci... vei putea să gândeşti mai clar... să fii mai concentrat... pentru că eşti mai încrezător în abilităţile tale. Îţi va fi uşor doar să joci jocul care te pasionează atât de mult... încât se pur şi simplu se va întâmpla fără ca tu să ştii. În fiecare zi... vei deveni mai puţin anxios... mai puţin preocupat de mulţime... şi mai puţin îngrijorat în legătură cu adversarii. Vei deveni... şi vei rămâne... din ce în ce mai complet relaxat pe teren... şi mai puţin preocupat de ce trebuie să faci... pentru că vei şti... ce să faci... mai rapid... şi cu mai multă acurateţe... în fiecare zi. Cu trecerea fiecărei zile... te vei simţi mai încrezător... mai controlat... şi mai puternic pe teren... decât te-ai simţit vreodată. În fiecare zi... aceste lucruri vor începe să se întâmple... exact cum îţi spun... O să joci cu mai multă vigoare... cu mai multe efort... şi mai multă pasiune.

În doar o clipă voi număra în ordine descrescătoare de la 10 la 1. Vei ieşi treptat de sub hipnoză, dar te vei simţi ca acum pe durata majorităţii numărătorii. Când voi ajunge la „1", tu vei fi la fel de treaz şi de alert cum eşti de obicei. Tot ce ai reuşit astăzi îţi va rămâne în minte. ZI de ZI... vei deveni din ce în ce mai încrezător în tine ca persoană... şi ca sportiv... După ce te trezeşti, te vei simţi înviorat... începând de azi... când pleci din cabinetul meu, te vei SIMŢI bine cu tine şi cu abilitatea ta de a evolua bine. Acum voi număra descrescător de la 10 la 1. La „1", vei fi complet treaz şi confortabil... şi poate mai încrezător. În regulă, gata – 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 –, perfect treaz şi pregătit.

Evaluarea performanței și reconstrucția

Într-o stare hipnotică, sportivul este mai receptiv la sugestii și amintiri. Russell a remarcat că individul este capabil să își amintească până la minut detalii ale unei ocazii aproape ca și cum ar retrăi evenimentul în totalitatea lui. Așa cum am discutat mai înainte în acest volum, hipnoza poate ajuta o persoană să retrăiască senzații auditive, olfactive, tactile și senzorial-chinestezice. Datorită acestui efect introspectiv al hipnozei, sportivii își pot reexamina performanțele din trecut pentru a recunoaște mai bine greșelile din evoluția lor. Ei pot folosi starea hipnotică ca ajutor pentru corectarea mișcărilor și sporirea abilităților. Sub hipnoză, ei pot regresa la momentul în care au început să observe că au dificultăți. Puntea afectivă (Watkins, 1971) este o metodă ideală de a obține această regresie despre care Arreed Barabasz și Jack Watkins vor discuta în *Hypnoanalytic Techniques*. După adâncire, este posibilă discutarea experiențelor sportivului pe măsură ce acestea au loc. Informația poate fi utilizată mai târziu în dezvoltarea abilităților.

După adâncirea hipnozei

> [Numele atletului] Ai devenit acum atât de profund relaxat... atât de profund hipnotizat... încât mintea ta a devenit atât de limpede... și de focalizată... pe tot ce sunt pe cale să spun... încât vei putea trăi tot ce îți cer. Continuă să mergi mai adânc... și mai adânc în această stare hipnotică pe care o trăiești acum. Acum voi număra de la 5 la 1. La 1 te întorci la prima dată când ai început să ai probleme cu [problema]. Cinci... te întorci în trecut. Nu mai e 2004 sau 2003 sau 2002, ci mult mai înainte. Patru... revii la prima dată când ai început să ai probleme cu [problema]... acum îți revine în minte... cu fiecare moment, acea evoluție este mai clară... mai vie... acum te vei întoarce în acel meci, meciul în care ai început să simți că e ceva diferit în legătură cu [problema]. Trei... aproape trei... îți este din ce în ce mai limpede. Curând... vei fi înapoi în acel meci... vei trăi experiența exact așa cum ai mai făcut-o o dată în acea zi în care lucrurile au început să se schime cu [problema]. Doi... foarte curând vei fi acolo... încă o dată în acel meci... când ai observat prima dată [problema]. Ești aproape acolo acum. În câteva momente te vei întoarce chiar acolo. Unu! Acum ești înapoi în acel meci... când lucrurile au părut diferite în legătură cu [problema] (adaptare după *Scala Stanford a Susceptibilității la Hipnoză*, Forma C; Weitzenhoffer și Hilgard, 1962).

În acest moment, terapeutul poate aduna informaţii cu privire la evenimentele care au avut loc, gândurile specifice şi aşa mai departe, tot ceea ce ar fi putut să nu corespundă performanţelor anterioare sau ceea ce sportivul remarcă drept diferit. Urmărind adunarea de informaţii, terapeutul îl va întoarce pe sportiv în prezent şi va continua cu sugestii hipnotice pozitive şi corectoare pentru a îndrepta erorile făcute în timpul evoluţiei. Sugestiile sunt revăzute după ce sportivul este scos de sub hipnoză. Folosind imagini induse hipnotic, sportivii pot vizualiza executarea corectă, lucru care îi ajută să îşi recapete încrederea şi le sporeşte performanţa.

Accidentările şi gestionarea durerii

Aşa cum am explicat în capitolele dedicate gestionării durerii, hipnoza este recunoscută pe scară largă drept un mijloc complementar de tratament pentru diverse afecţiuni în care durerea este pregnantă. Ea este utilă şi în reabilitarea în urma unei operaţii (Taylor *et al.*, 1993). Ryde (1964) a relatat folosirea ei pentru tratarea a 35 de cazuri individuale cu diverse accidentări, inclusiv cotul tenismanului, fracturi de tibie, entorse cronice ale tendonului lui Ahile, vânătăi la călcâie şi alte traume minore comune. Hipnoza a fost atât de eficientă în tratarea rănilor minore provenite din accidentele sportive, încât Ryde a optat „pentru tratarea acestor afecţiuni iniţial prin hipnoză şi am continuat cu metodele convenţionale doar dacă hipnoza eşua sau era refuzată" (1964, p. 244, *apud* Morgan, 1996, p. 115).

Nu este un lucru neobişnuit ca sportivii să se vindece complet la nivel fizic, dar să rămână psihologic răniţi. Fie că durerea este reală sau exagerată, senzaţia de disconfort sau durere îi opreşte să se reapuce de antrenament cu aceeaşi intensitate şi încredere ca înaintea accidentării. În unele cazuri, medicul echipei i-a permis sportivului să reînceapă participarea la joc, dar evoluţia timidă îi poate creşte acestuia riscul unei noi accidentări. Controlul durerii îi poate reda sportivului încrederea şi motivaţia de a reveni pe teren. Anterior în acest volum au fost lămurite proceduri referitoare la gestionarea durerii asociate intervenţiilor chirurgicale, a durerii acute şi cronice. Următorul scenariu reprezintă o abordare pentru a-i ajuta pe sportivi să se recupereze după accidentare.

După adâncirea hipnozei

Spune :

> [Numele sportivului] Acum ai devenit atât de profund relaxat... atât de profund hipnotizat... încât mintea îți este pregătită... și deschisă... la tot ce am de spus. Tot ceea ce îți cer să trăiești... vei trăi... poate nu dintr-odată... dar... gradual durerea din [localizare] va începe încet să scadă... Cu fiecare zi ce trece, senzația va începe să se diminueze. Înainte să îți dai seama, va fi atât de vagă, încât nu o vei mai recunoaște cu fiecare zi ce trece. Te vei simți mai puternic... mai sănătos în fiecare zi... Cu cât te concentrezi mai mult asupra [sarcina sportivului], cu atât mai mult senzațiile scad și ele vor continua să crească sau să scadă... în fiecare zi... Vei fi atât de interesat de [sarcina specifică], încât mintea ta se va îndepărta complet de senzația pe care o ai în [adaugă partea dureroasă a corpului sportivului] și nu vei mai fi conștient de ea... Cu fiecare zi care trece ești mai sănătos și mai puternic... chiar și când nu vei mai fi cu mine... mai încrezător... mai interesat de [sarcină]... încât durerea va scădea... și va scădea... atât de scăzută, încât nu o vei recunoaște... îți va fi atât de greu... să o recunoști încât îți va fi ușor să... renunți la ea... cu fiecare zi care trece... va continua să se diminueze... până când va dispărea... și ție îți va fi atât de greu să îți amintești senzația... va dispărea. [Trezește sportivul cu sugestii de a se simți mai confortabil și mai încrezător.]

Hipnoza pentru recuperare

Cel puțin o dată în cariera sa, sportivul va suferi o formă de accidentare și, astfel, va rata competiții sau antrenamente. Recuperarea în urma operării unei răni grave este dificilă. Nu este vorba doar de disconfortul asociat vindecării, ci și de experiența dureroasă a recuperării întinse pe câteva săptămâni. Confruntându-se cu luni de durere și disconfort, nu e de mirare că sportivii simt un impact negativ asupra motivației lor, a încrederii în sine și a imaginii proprii. E probabil ca accidentarea să aibă un impact psihologic serios asupra lor. Trăiesc emoții și au preocupări care le afectează procesul de recuperare. „Educarea în privința accidentării, procesului de reabilitare, stabilirii țelurilor, relaxării și imaginării" și alte strategii cognitive sunt printre numeroasele tehnici pe care psihologii sportivi le folosesc pentru a-l ajuta pe atlet să treacă prin procesul de recuperare (Cornelius, 2002b, p. 243). Hipnoza poate fi o alternativă eficientă ca ajutor pentru accelerarea procesului de recuperare, ajutând în gestionarea durerii și în vindecarea reală a țesuturilor.

După adâncirea hipnozei

Spune :

Durerea este modul în care corpul tău te anunţă că ceva nu e în regulă… este un sistem de avertizare… felul în care corpul tău se protejează de vătămări… Durerea este o parte naturală a vindecării… esté deseori necesară… dar nu toate durerile sunt necesare… cu cât începi să îţi înţelegi mai bine corpul, cu atât vei începe să ştii cât de multă durere îţi este utilă… continuă să te cufunzi adânc în această stare de relaxare completă… mai adânc… complet relaxat… nimic nu te va deranja… întotdeauna vei putea să mă auzi foarte clar… foarte distinct… cu fiecare moment care trece… vei deveni mai profund relaxat… mai confortabil… atât de relaxat… atât de confortabil… De fapt, nici nu este necesar să asculţi foarte atent toate lucrurile pe care le spun pentru că inconştientul tău va putea auzi… şi înţelege… tot… ceea ce îţi spun. Doar permite-i conştientului… să se bucure de starea plăcută… de relaxare completă… care te-a cuprins… şi lasă-ţi inconştientul să preia controlul. Pe măsură ce aceste lucruri pe care le spun se cufundă adânc în inconştientul tău… curând vei începe să experimentez tot ceea ce îţi cer… acum… începe să te concentrezi asupra tendonului popliteu stâng… fii conştient de durerea din tendonul popliteu stâng… recunoaşte cât de intensă… şi poate… incomodă este… focalizează-ţi toată atenţia asupra ei… permite acelor senzaţii să fie prezente în mintea şi corpul tău… Acum… vei vedea cum începe să se vindece… simte un val de energie caldă, vindecătoare năvălind din interiorul tău în acel tendon… permite energiei să îl vindece… observă o căldură începând să se formeze… acea căldură este corpul tău vindecându-se singur… noi ţesuturi le înlocuiesc pe cele vechi, iar corpul tău se vindecă… în fiecare zi… vizualizează mai multă energie vindecătoare curgând în acel picior stâng [pauză]. Asta e bine, corpul tău începe să se vindece… acum… devine mai puternic… cu fiecare zi care trece… zi de zi… vei deveni mai sănătos… mai puternic… decât în ziua precedentă… S-ar putea chiar să observi disconfortul începând să… se estompeze în fundal… în fiecare zi… tendonul tău popliteu va deveni mai puternic… se vindecă… şi îl simţi confortabil din nou… simte ţesutul devenind mai puternic pe măsură ce se formează… pe măsură ce noi celule le înlocuiesc pe cele vechi… căldura este circulaţia sângelui îndepărtând partea care nu este sănătoasă. [Trezeşte atletul cu sugestii pentru mai mult confort ; singura senzaţie necesară este aceea care serveşte la protejarea de alte accidentări.]

Rezumat

Hipnoza s-a dovedit a fi o tehnică utilă în diverse alte profesii, inclusiv medicina, stomatologia şi psihoterapia. Date fiind viitoarele cercetări, potenţialul ei în sporirea performanţelor sportive pare nelimitat. Suntem la frontiera folosirii hipnozei în sport. În acest capitol au fost oferite proceduri de succes pentru multe probleme comune cu care se confruntă sportivii. Potrivirea ei pare naturală, date fiind similitudinile între evoluţia la nivel de vârf şi starea hipnotică. Din nefericire, în domeniul psihologiei sportive, hipnoza rămâne o unealtă aproape deloc folosită pentru creşterea performanţei. Deşi are un potenţial nelimitat în medicina şi psihologia de profil, nu a fost utilizată în mod regulat de cercetători sau medici (Morgan şi Brown, 1983). Este un lucru surprinzător, având în vedere eficacitatea ei bine documentată în gestionarea durerii (Hilgard şi Hilgard, 1994) şi în medicina psihosomatică în general (Burrows şi Dennerstein. 1980 ; Morgan şi Brown, 1983, p. 234). Pe măsură ce se fac mai multe cercetări ale efectelor hipnozei asupra performanţelor musculare şi sportive, aceasta ar putea deveni, în final, o tehnică preferată pentru a-i ajuta pe sportivi să îşi atingă obiectivele.

Anexă

Societăţi şi publicaţii

Această listă este menită să ofere o mostră a societăţile ştiinţifico-profesionale şi a publicaţiilor din domeniul hipnozei. Nu este sub nici o formă exhaustivă.

Principalele societăţi internaţionale ştiinţifice şi profesionale din domeniul hipnozei şi publicaţiile lor

Society for Clinical and Experimental Hypnosis (SCEH)
(*Societatea pentru Hipnoză Clinică şi Experimentală*)
Massachusetts School of Professional Psychology 221 Rivermoor Street Boston, MA 02132 USA
Telefon : (617) 469-1981
Număr gratuit : (888) 664-6777, interior 203
Fax : (617) 469-1889
E-mail : sceh@mspp.edu
Adresă Web : www.sceh.us or http://ijceh.educ.wsu.edu
Publicaţii :
International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (IJCEH)
Jurnalul cu cel mai mare impact al citării din domeniu
Focalizare : Buletinul semestrial al SCEH
Redactor : Arreed Franz Barabasz, EdD, PhD, ABPP
Jurnalul oficial al Societăţii pentru Hipnoză Clinică şi Experimentală
Washington State University
P.O. Box 642136
Pullman, WA 99164-2136
Telefon : (509) 335-8166
E-mail : ijceh@pullman.com
Adresă Web : http://ijceh.educ.wsu.edu

International Society of Hypnosis (ISH)
(*Societatea Internaţională de Hipnoză*)
Austin & Repatriation Medical Centre
Repatriation Campus, 300 Waterdale Road
Heidelberg Heights VIC 3081

Australia
Telefon : +61 3 9496 4105
Fax : +61 3 9496 4107
E-mail : ish-central.office@medicine.unimelb.edu.au
Adresă Web : http://www.ish.unimelb.edu.au/ish.html
Publicaţie :
International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis
Jurnalul oficial al Societăţii Internaţionale de Hipnoză

Societăţile naţionale de hipnoză şi publicaţiile lor

American Psychological Association Division 30 – The Society of Psychological Hypnosis
750 First Street, NE
Washington, DC 20002-4242
USA
Telefon : (800) 374-2721, (202) 336-5500, (202) 336-6013
TDD : (202) 336-6123
Fax : (202) 218-3599
Publicaţii :
International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis
Jurnal oficial al Societăţii de Hipnoză Psihologică
Psychological Hypnosis
Newsletter-ul trimestrial al societăţii

American Society of Clinical Hypnosis (ASCH)
140 N. Bloomingdale Rd.
Bloomingdale, IL 60108-1017
USA
Telefon : (630) 980-4740
Fax : (630) 351-8490
E-mail : info@asch.net
Adresă Web : http://www.asch.net/
Publicaţii :
American Journal of Clinical Hypnosis (AJCH)
(vezi informaţii pentru Societatea Americană de Hipnoză Clinică)
Redactor : Thurman Mott, MD
Newsletter of the American Society of Clinical Hypnosis (trimestrial)

Association Française d'Hypnothérapie
74, Rue Lamarck
75018 Paris
Franţa
E-mail : dfayolet@noos.fr
Adresă Web : www.afhyp.org

Associazionne medica Italiana per lo Studio dell Ipnosi (AMISI)
E-mail : amisi@mw.itline.it

Australian Society of Hypnosis (ASH)
Victoria Branch, ASH
P.O. Box 5114,
Alphington VIC 3078
Australia
Telefon : +61 3 9458 5133
Fax : +61 3 9458 5399
E-mail : hypnosis@alphalink.com.au
Adresă Web : www.ozhypnosis.com.au
Publicaţii :
Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis (AJCEH)
P.O. Box 592, Heidelberg Vic. 3084
Australia
Telefon : +61 3 9496 4621
Fax : +61 3 9496 4564
E-mail : bevans@alphalink.com.au
Adresă Web : www.ozhypnosis.com.au/journal.html

British Association of Medical Hypnosis (BAMH)
E-mail : secretary@bamh.org.uk
Adresă Web : http : //www.hypnoforum.com/bamh/

British Society of Clinical Hypnosis (BSCH)
Organising Secretary
125 Queensgate
Bridlington
East Yorkshire Y0167JQ
Telefon : 01262 403103
E-mail : sec@bsch.org.uk
Adresă Web : http : //www.bsch.org.uk/

British Society of Experimental and Clinical Hypnosis (BSECH)
Hollybank House, Lees Road
Mossley, Ashton-u-Lyne
OL5 OPL
Marea Britanie
Telefon/Fax : 01457 839363
E-mail : honsec@bsech.com
Adresă Web : http : //www.bsech.com
Publicaţii :
Contemporary Hypnosis

Redactor : John Gruzelier
Blackhorse Road
Letchworth
Herts SG6 1HN
Telefon : 01462 672555
Fax : 01462 480947

British Society of Medical and Dental Hypnosis (BSMDH)
28 Dale Park Gardens
Cookridge, Leeds
LS16 7PT
Marea Britanie
Telefon/Fax : 07000 560309
E-mail : nat.office@bsmdh.org
Adresă Web : http : //www.bsmdh.org

Centro Ericksoniano de Mexico (CEM)
E-mail : erickmex@hipnosis.com.mx
Adresă Web : www.hipnosis.com.mx

Centro Italiano Ipnosi Clinico-Sperimentale (CIICS)
E-mail : ciics@seleneweb.com

Centro Studi de Ipnosi Clinica e Psiocoterapia „H. Bernheim" (CSICHB)
Italia
E-mail : dirsan@villarosa.it

Danish Society of Clinical Hypnosis
Adresă Web : www.hypnoterapi.com

Dansk Selskahfor Klinisk Hypnose (DSKH)
Rosenborggade 12
1130 Copenhaga K
Danemarca
E-mail : hypnosis@get2net.dk

Deutsche Gesellschaft für ärztliche Hypnose und Autogenes Training E.V. (DGAHAT)
Sekretariat
Postfach 1365
41463 Neuss
Germania
Adresă Web : www.dgaehat.de

Deutsche Gesellschaft für zahnärztliche Hypnose (DGZH)
Esslinger Strasse 40
70182 Stuttgart
Germania
E-mail : mail@dgzh.de
Adresă Web : www.dgzh.de

Dutch Society of Hypnosis (Nvvh – Nederlandse vereniging voor hypnose)
Nvvh, Herenstraat 1-B
3512KA Utrecht
Olanda
E-mail : secretariaat@nwh.com sau info@nwh.com
Adresă Web : http : //www.nwh.com
Publicaţie :
International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis
Jurnalul oficial al societăţii (vezi mai sus pentru detalii)

European Society of Hypnosis (ESH)
DGZH E.V.
Esslinger Str. 40
70182 Stuttgart
Germania
E-mail : mail@esh-hypnosis.org
Adresă Web : www.esh-hypnosis.org
Publicaţii :
European Journal of Clinical Hypnosis (EJCH)

British Association of Medical Hypnosis
15 Connaught Square
Londra W2 2HG
Marea Britanie
Telefon : +44 0171- 706 7775
Fax : +44 0171-262 1237
E-mail : Redactor@ejch.com
Adresă Web : www.ejch.com

Flemish Society of Hypnosis (VHYP – Vlaams Wetenschappelijke Hypnose Vereniging)
Correspondentie-adres Honingstraat 5
2220 Heist-op-den-Berg
Telefon/Fax : 015 245183
E-mail : vhyp@village.uunet.be
Adresă Web : http : //www.vhyp.be

Universitair Centrum Sint-Jozef.
Leuvensesteenweg 517 3070 Kortenberg

German Society of Hypnosis (DGH)
Druffelsweg 3
48653 Coesfeld
Germania
E-mail : DGH-Geschaeftsstelle@t-online.de
Publicaţii :
Experimentelle und Klinische Hypnose

Hypnosis Society of New Zealand (NZSH)
Wellington
Noua Zeelandă
Telefon : 04 385 6998
E-mail : cmc89@telstra.net.nz
Adresă Web : http : //www.opotiki.com/hypnosisnz/

Hungarian Association of Hypnosis (HAH)
E-mail : mhesecretary@hotmail.com sau ggacs@izabell.elte.hu

Indian Society of Clinical and Experimental Hypnosis (ISCEH)
E-mail : mrs_shovajana@im.eth.net

Israel Society of Hypnosis (IsSH)
E-mail : ewa@netvision.net.il
Adresă Web : www.hypno.co.il sau www.hypno.org.il

Japan Institute of Hypnosis (JIH)
E-mail : endo-s@nms.ac.jp

Japan Society of Hypnosis (JSH)
E-mail : jsh@human.tsukuba.ac.jp

MEG, Milton H. Erickson Gesellschaft für Klinische Hypnose E.V.
Waisenhausstraße
55 80637 München
Germania
E-mail : monika-kohl@t-online.de
Adresă Web : http : //www.milton-erickson-gesellschaft.de or
www.MEG-hypnose.de
Publicaţii :
Hypnose und Kognition

Mexican Society of Hypnosis (MSH)
E-mail : ericksmh@iwm.com.mx

Norwegian Society for Clinical and Experimentel Hypnosis (NFKEH – Norsk Forening for Klinisk og Ekspeimentell Hypnose)
E-mail : guro@smerteklinikken.com
Adresă Web : www.hypnoseforeningen.no

Österreichische Gesellschaft für Autogenes Training und Allgemeine Psychotherapie (OGATAP)
OGATAP Secretariat
Kaiserstr. 14/13
1070 Viena
Austria
E-mail : office@oegatap.at

Sociedade Brasileira de Hipnose
Rua Jacirendi, 60
CEP 030066-000 Tatuape
São Paulo
Brazilia
E-mail : joelpriori@starmedia.com
Adresă Web : www.sbhipnose.com.br

Società Italiana di Ipnosi (SII)
E-mail : ipnosii@tin.it
Adresă Web : http : //www.hypnosis.it
Societe Quebecoise d'Hypnose inc (SQH)
Bureau 485
1575 Boul. Henri-Bourassa ouest
Montréal, Québec H3M 3A9
Canada
E-mail : cpgb@qc.aira.com

South African Society of Clinical Hypnosis (SASCH)
E-mail : sasch@cis.co.za

Swedish Society of Clinical and Experimental Hypnosis (SSCEH)
SFKH's kansli, Flat 3, S-931 85 Skellefteĺ
E-mail : ssceh@telia.com
Adresă Web : http : //www.hypnos-se.org
Publicaţie :
Hypnos

Swiss Medical Society of Hypnosis (SMSH)
E-mail : smsh@smile.ch
Adresă Web : www.smsh.ch

Swiss Society for Clinical Hypnosis (SHypS)
E-mail : peter.hain@bluewin.ch
Adresă Web : www.hypnos.ch

Tieteellinen Hypnoosi-Vetenskaplig Hypnose (TH-VH)
Kylätie 8 M 6
16300 Orimattila
Finlanda
E-mail : timo.heinonen@pp2.inet.fi
Adresă Web : www.hypnoosi.net

Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging
517 3070 Kortenberg
Belgia
E-mail : vhyp@village.uunet.be
Adresă Web : www.vhyp.be

Bibliografie

Aaronson, B. (1968), „Hypnosis, time rate perception and personality", *Journal of Schizophrenia*, 2, 11-41.

Achterberg, J., Simonton, O., Simonton, S. (1976), *Stress, Psychological Factors and Cancer*, Fort Worth, TX : New Medicine Press.

Alexander, F. (1939), „Psychological aspects of medicine", *Psychosomatic Medicine*, 1, 7-18.

Alexander, R. (1997), „Comparison of eye movement desensitization and reprocessing and hypnosis", disertaţie nepublicată, Washington State University.

Ambrose, G. (1963), „Hypnotherapy for children", in J.M. Schneck (ed.), *Hypnosis in Modern Medicine*, Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Ament, P. (1955), „Time distortion with hypnodontics", *Journal of American Society of Psychosomatic Medicine and Dentistry*, 2, 11-12.

Anbar, R. (2001), „Automatic word processing : A new forum for hypnotic expression", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44, 27-36.

Anderson, K., Barabasz, A., Barabasz, M., Warner, D. (2000), „The effects of Barabasz' INAP alert hypnosis on QEEG in children with ADHD", *Child Study Journal*, 30 (1), 51-62.

Appel, P. (1992), „The use of hypnosis in physical medicine and rehabilitation", *Psychiatric Medicine*, 10, 133-148.

Aston-Jones, G., Rajkowski, R., Cohen, J. (1999), „Role of locus coeruleus in attention and behavioral flexibility", *Biological Psychiatry*, 46, 1309-1320.

August, R.V. (1961), *Hypnosis in Obstetrics*, New York : McGraw-Hill.

Azin, N., Nunn, R. (1978), *Habit Control in a Day*, New York : Simon & Schuster.

Baer, L. (1980), „Effect of a time slowing suggestion on performance accuracy on a perceptual motor task", *Perceptual and Motor Skills*, 51, 167-176.

Baker, E. (1990), „Hypnoanalysis for structural pathology : Impairments of self-representation and capacity for object involvement", in M.L. Fass, D. Brown (eds.), *Creative Mastery in Hypnosis and Hypnoanalysis : A Festschrift for Erika Fromm*, Hillsdale, NJ : Erlbaum, pp. 279-286.

Bailey, C. (1991), *The New Fit or Fat*, New York : Houghton-Mifflin.

Banerjee, S., Srivastav, A., Palan, B. (1993), „Hypnosis and self-hypnosis in the management of nocturnal enuresis : A comparative study with Imipramine therapy", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 113-119.

Barabasz, A. (1973), „Group desensitization of test anxiety in elementary school", *Journal of Psychology*, 83, 295-301.

Barabasz, A. (1977), *New Techniques in Behavior Therapy and Hypnosis*, South Orange, NJ : Power Publishers.

Barabasz, A. (1979), „Isolation, EEG alpha and hypnotizability in Antarctica", în G. Burrows (ed.), *Hypnosis 1979*, Amsterdam : Elsevier/North Holland Biomedica Press, pp. 3-18.

Barabasz, A. (1980a), „EEG alpha, skin conductance and hypnotizability in Antarctica", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 63-74.

Barabasz, A. (1980b), „Effects of hypnosis and perceptual deprivation on vigilance in a simulated radar target detection task", *Perceptual and Motor Skills*, 50, 19-24.

Barabasz, A. (1980c), „Enhancement of hypnotic susceptibility following perceptual deprivation-Pain tolerance, electrodermal and EEG correlates", în M. Pajntar, E. Roskar, M. Lavric (eds.), *Hypnosis in Psychotherapy and Psychosomatic Medicine*, Ljubljana, Yugoslavia : University Press (Univerzitetna Tiskarna), pp. 13-18.

Barabasz, A. (1982), „Restricted environmental stimulation and the enhancement of hypnotizability : Pain, EEG alpha, skin conductance and temperature responses", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 30 (2), 147-166.

Barabasz, A. (1984a), „Antarctic isolation and imaginative involvement : Preliminary findings", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 32, 296-300.

Barabasz, A. (1984b, 7 aprilie), *Hypnosis in the treatment of HPV*, lucrare prezentată la Massachusetts General Hospital, Boston.

Barabasz, A. (1985, martie), „Enchantment of military pilot reliability by hypnosis and psycho-physiological monitoring : In-flight and simulator data", *Aviation, Space, and Environment Medicine*, 56, 248-250.

Barabasz, A. (1990a), „Effects of isolation on states of consciousness", în A. Harrison, Y. Clearwater, C. McKay (eds.), *The Human Experience in Antarctica : Applications to Life in Space*, New York : Springer Verlag, pp. 201-208.

Barabasz, A. (1990b), „Eingeschränke stimulation durch die Umwelt ruft spontane Hypnose fur die Schmerzkontrolle beim cold pressor test hervor", *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 4 (Heft 2), 95-105 (nominalizată pentru premiul Donald Hebb pentru cea mai bună lucrare de cercetare 1990-1992, International REST Investigators Society).

Barabasz, A. (1990c). „Flotation restricted environmental stimulation elicits spontaneous hypnosis", în R. Van Dyck, A.J. Spinhoven, W. Vander Does, Y.R. Van Rood, W. Demoor (eds.), *Hypnosis : Current Theory, Research and Practice*, Amsterdam : Free University Press (pe baza unei prezentări la European Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine, Oxford University, Oxford, England).

Barabasz, A. (1993), „Neo-dissociation accounts for pain relief and hypnotic susceptibility findings : Flotation REST elicits hypnosis", în A. Barabasz, M. Barabasz (eds.), *Clinical and Experimental Restricted Environmental Stimulation : New Developments and Perspectives* New York : Springer Verlag, pp. 41-52.

Barabasz, A. (1994), „Schnell neuronale Aktivierung. Reduzierte Stimulation und psychophysiologische Aufziechnungen bei der Behandlung eines phobischen Piloten", *Experimentelle und Klinische Hypnose*, 10, 167-176.

Barabasz, A. (1995), „Enhancement of military reliability by hypnosis and psychophysiological monitoring : In-flight and simulator data", *Aviation, Space, and Environmental Medicine*, 66, 248-250.

Barabasz, A. (2000), „EEG markers of alert hypnosis : The induction makes a difference", *Sleep and Hypnosis*, 2 (4), 164-169.

Barabasz, A. (2001a, martie), *Arrests and Convictions from Hypnotically Constructed Memory : Corroboration and Confabulation*, lucrare prezentată la reuniunea anuală a American Society of Clinical Hypnosis, Reno, Nevada.

Barabasz, A. (2001b, 7-11 noiembrie), *Presidential Address : The State of Hypnosis*, lucrare prezentată la a 52-a reuniune ştiinţifică auală a Society for Clinical and Experimental Hypnosis, San Antonio, Texas.

Barabasz, A. (2003a, 7-10 august), „Presidential Address : Hypnosis for real--induction can make the difference", lucrare prezentată la a 111-a convenţie auală a American Psychological Association, Toronto, Canada.

Barabasz, A. (2003b, 10-16 septembrie), „The reality of trance", discurs de deschidere la conferinţa anuală a Australian Society of Hypnosis, Gold Coast Australia.

Barabasz, A. (2004), „Theories of hypnosis : Issues, convergence and research breakthroughs. Hypnose-konzept Fragen und Durchbruche in der Forchung", *Hypnose* (Hykog), 21, 1-2.

Barabasz, A. (în curs de apariţie), „A verbal non-verbal dissociation induction for resistant subjects", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

Barabasz, A. (în curs de apariţie), Effects of tailored, symptom neutralizing hypnosis on irritable bowel syndrome, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

Barabasz, A., Baer, L., Sheehan, D., Barabasz, M. (1986), „A three year clinical follow-up of hypnosis and restricted environmental stimulation therapy for smoking", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 169-181.

Barabasz, A., Barabasz, M. (1981), „Effects of rational-emotive therapy on psychophysiological and reported measures of test anxiety arousal", *Journal of Clinical Psychology*, 37 (3), 511-514.

Barabasz, A., Barabasz, M. (1989), „Effects of restricted environmental stimulation : Enhancement of hypnotizability for experimental and chronic pain control", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37 (3), 217-231.

Barabasz, A., Barabasz, M. (1992), „Research design considerations", în E. Fromm, M. Nash (eds.), *Contemporary Hypnosis Research*, New York: Guilford, pp. 173-200.

Barabasz, A., Barabasz, M. (1994a, octombrie), „EEG responses to a reading comprehension task during active alert hypnosis and waking states", lucrare prezentată la a 45-a reuniune ştiinţifică anuală a Society for Clinical and Experimental Hypnosis, San Francisco, California.

Barabasz, A., Barabasz, M. (1994b, 12-16 august), „Effects of focused attention on EEG topography during a reading task", Simpozion: Behavioral Medicine, Psychophysiology and Hypnosis, prezentată la a 102-a reuniune anuală a American Psychological Association (APA Division 30), Los Angeles, California.

Barabasz, A., Barabasz, M. (1995), „Attention deficit hyperactivity disorder: Neurological basis and treatment alternatives", *Journal of Neurotherapy*, 1, 1-10.

Barabasz, A., Barabasz, M. (1996), „Neurotherapy and alert hypnosis in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder", în S. Lynn, I. Kirsch, J. Rhue (eds.), *Clinical Hypnosis Casebook*, Washington, D.C.: American Psychological Association, pp. 271-292.

Barabasz, A., Barabasz, M. (2000), „Treating AD/HD with hypnosis and neurotherapy", *Child Study Journal*, 30 (1), 25-32.

Barabasz, A., Barabasz, M. (2002, 22-25 august), „Hypnotic realities: Trance and suggestion", prezentare la a 110-a reuniune anuală a American Psychological Association, Chicago.

Barabasz, A., Barabasz, M., Bauman, J. (1993), „Restricted environmental stimulation technique improves human performance: Rifle marksmanship", *Perceptual and Motor Skills*, 76, 867-873.

Barabasz, A., Barabasz, M., Higley, L., Christensen, C. (în curs de apariţie), „Hypnosis in the treatment of genital human papillomavirus in females", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

Barabasz, A., Barabasz, M., Jensen, S., Calvin, S., Trevison, M., Warner, D. (1999), „Cortical event related potentials show the structure of hypnotic suggestions is crucial", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47 (1), 5-22.

Barabasz, A., Barabasz, M., Lin-Roark, I., Roark, J., Sanchez, O., Christensen, C. (2003, 12-16 noiembrie), „Age regression produced focal point dependence: Experience makes a difference", lucrare prezentată la al 54-lea program ştiinţific anual al Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Chicago.

Barabasz, A., Christensen, C. (2006), „Age regression: Tailored vs. scripted inductions", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 48 (4), 251-261.

Barabasz, A., Christensen, C., Barabasz, M. (2004, 30 iulie), „Clinician experience and hypnotic depth: Effects on age regression phenomena", lucrare prezentată la a 112-a întâlnire anuală a American Psychological Association, Honolulu, Hawaii.

Barabasz, A., Crawford, H., Barabasz, M. (1993, octombrie), „EEG topographic map differences in attention deficit disordered and normal children: Moderating effects from focused active alert instructions during reading, math, and listening tasks", lucrare prezentată la a 33-a reuniune anuală a Society for Psychophysiological Research, Rottach-Egern, Germany.

Barabasz, A., Lonsdale, C. (1983), „Effects of hypnosis on P300 olfactory evoked potential amplitudes", *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 520-525.

Barabasz, A., Lonsdale, C. (1985), „EEG evoked potentials, hypnotic and transient olfactory stimulation in high and low susceptibility subjects", in *Modern Trends in Hypnosis*, New York: Plenum, pp. 138-139.

Barabasz, A., McGeorge, C. (1978), „Biofeedback, meditated biofeedback and hypnosis in peripheral vasodilation training", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 23-37.

Barabasz, A., Wright, G. (1975), „Treatment of collagen vascular disease by hypnotic imagery", *Hypnosis Quarterly*, 19, 15-18.

Barabasz, M. (1987), „Trichotillomania: A new treatment" *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35 (3), 146-154.

Barabasz, M. (1996), „Hypnosis, hypnotizability and eating disorders", lucrare prezentată la al 47-lea program științific anual al Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Tampa.

Barabasz, M., Barabasz, A. (1996), „Attention-deficit disorder: Diagnosis, etiology and treatment" [număr special], *Child Study Journal*, 26 (1), 1-37.

Barabasz, M., Barabasz, A., Darakjy-Jaeger, J., Warner, D. (2001, 7-11 noiembrie), „Dry flotation restricted environment stimulation (REST) enhances hypnotizability: Pain, EEG and skin conductance", lucrare prezentată la al 52-lea program științific anual al Society for Clinical and Experimental Hypnosis, San Antonio, Texas.

Barabasz, M., Barabasz, A., Mullin, C. (1983), „Effects of brief Antarctic isolation on absorption and hypnotic susceptibility: Preliminary results and recommendations", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31, 235-238.

Barabasz, M., Spiegel, D. (1989), „Hypnotizability and weight loss in obese subjects", *International Journal of Eating Disorders*, 8, 335-341.

Barber, J. (1977), „Rapid induction analgesia: A clinical report", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19, 138-147.

Barber, J. (1996), „Hypnotic analgesia: Clinical considerations", în J. Barber (ed.), *Hypnosis and Suggestion in the Treatment of Pain*, New York: W.W. Norton, pp. 85-118.

Barber, J., Mayer, D. (1977), „Evaluation of the efficacy and neural mechanism of a hypnotic analgesia procedure in experimental and clinical dental pain", *Pain*, 4, 41-48.

Barber, T. (1966), „The effects of hypnosis and suggestion on strength and endurance: A critical review of research studies", *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 42-50.

Barber, T. (1969), *Hypnosis : A Scientific Approach*, New York : Van Nostrand Reinhold.

Barber, T. (1970), *LSD, Marijuana, Yoga, and Hypnosis*, Chicago : Aldine.

Barber, T, Calverley, D. (1964), „Toward a theory of «hypnotic» behavior : Enhancement of strength and endurance", *Canadian Journal of Psychology*, 28, 156-157.

Barber, T., Glass, L. (1962), „Significant factors in hypnotic behavior", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 64, 222-228.

Barnier, A., McConkey, K. (2003), „Hypnosis, human nature, and complexity : Integrating neuroscience approaches into hypnosis research", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (3), 282-308.

Barrett, D. (1990), „Deep trance subjects : A schema of two distinct subgroups", în R.G. Kunzendorf (ed.), *Mental Imagery*, New York : Plenum, pp. 101-112.

Bauman, F. (1970), „Hypnosis and the adolescent drug abuser", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 13 (1), 17-21.

Beahrs, J. (1986), *Limits of Scientific Psychiatry : Role of Uncertainty in Mental Health*, New York : Brunner.

Belsky, J., Khanna, P. (1994), „The effects of self-hypnosis for children with cystic fibrosis : A pilot study", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36, 282-292.

Bennett, H. (1993), „Preparing for surgery and medical procedures", în D. Goleman, J. Gurin (eds.), *Mind-Body Medicine*, Yonkers, NY: Consumer Reports Books, pp. 401-427.

Bernhiem, H. (1964), *Hypnosis and Suggestion in Psychotherapy*, New York : University Books (lucrare originală publicară în 1886 sub titlul *Suggestive Therapeutics*).

Blanck, G., Blanck, R. (1974), *Ego Psychology : Theory and Practice*, New York : Columbia University Press.

Bonello, F., Doberneck, R., Papermaster, A. (1960), „Hypnosis in surgery : The post-gastrectomy dumping syndrome", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 215-219.

Bowers, K. (1976), *Hypnosis for the Seriously Curious*, Monterey, CA : Brooks/Cole.

Bowers, K. (1992), „Imagination and dissociation in hypnotic responding", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40, 253-275.

Bowers, K., Van der Meulen, S. (1972, toamna), „A comparison of psychological and chemical techniques in the control of pain", lucrare prezentată la Society for Clinical and Experimental Hypnosis.

Brady, J.P., Luborsky, C., Cron, D. (1974), „Blood pressure reduction in patients with essential hypertension through metronome-conditioned relaxation : A preliminary report", *Behavior Therapy*, 5, 203-209.

Braid, J. (1843), *The Power of the Mind over the Body*, Londra : Churchill.

Braid, J. (1960), *Braid on Hypnotism : The Beginnings of Modern Hypnosis* (ed. rev. de A.E. Waite), New York : Julian Press.

Braid, J. (1970), „The physiology of fascination and the critics criticized", în M.M. Tinterow (ed.), *Foundations of Hypnosis: From Mesmer to Freud*, Springfield, IL: Charles C. Thomas, pp. 365-389.

Bramwell, J. (1956), *Hypnotism: Its History, Practice and Theory*, New York: Institute for Research in Hypnosis and Julian Press (lucrare originală publicată în 1903 de Grant Richards, Anglia).

Brann, L., Guzvica, S. (1987), „Comparison of hypnosis with conventional relaxation for antenatal and intrapartum use", *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 37, 437-440.

Breuer, J., Freud, S. (1957), *Studies on Hysteria*, New York: Basic Books.

Brown, D., Fromm, E. (1987), *Hypnosis and Behavioral Medicine*, Hillside, NJ: Erlbaum.

Bucknell, R. (1993), „Reinterpreting the jhanas", *Journal of International Association of Buddhist Studies*, 16 (2), 375-409.

Burgess, T. (1952), „Hypnosis in dentistry", în L. LeCron (ed.), *Experimental Hypnosis*, New York: Macmillan, pp. 322-351.

Burrows, G., Dennerstein, L. (eds.) (1980), *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Amsterdam: Elsevier/North Holland Biomedical Press.

Calvin, S. (2000, 25-29 octombrie), „ERP markers of Barabasz's instant alert hypnosis: Inductions and instructions make a difference", lucrare prezentată la a 51-a întâlnire științifică anuală a Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Seattle, Washington.

Campbell, P. (2004), „Can anecdotes add to an understanding of hypnosis?", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52, 218-231.

Cardeña. E. (în curs de apariție), „The phenomenology of quiescent and physically active deep hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

Chang, J. (1977), *The Tao of Lore*, New York: Penguin.

Charcot, J. (1888), „Essai d'une distinction nosographique des divers états compris sous le nom d'hypnotisme", în A. Binet, C. Fere (eds.), *Animal Magnetism*, New York: D. Appleton, pp. 154-163 (lucrare originală publicată în *Comptes Rendus de l'Academie des Sciences*, 1882).

Charcot, J. (1889), *Lectures on Diseases of the Nervous System*, Londra: New Sydenham Society.

Chaves, J. (1986), „Hypnosis in the management of phantom limb pain", în E. Dowd, J. Healy (eds.), *Case Studies in Hypnotherapy*, New York: Guilford, pp. 198-209.

Chaves, J. (1989), „Hypnotic control of clinical pain", în N.P. Spanos, J.F. Chaves (eds.), *Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective*, Buffalo, NY: Prometheus Books.

Chaves, J. (1994), „Recent advances in the application of hypnosis to pain management", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 117-129.

Chaves, J., Dworkin, S. (1997), „Hypnotic control of pain: Historical perspectives and future prospects", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 356-376.

Cheek, D. (1962), „Ideomotor questioning for investigation of subconscious «pain» and target organ vulnerability", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 5, 30-41.

Cheek, D. (1964), „Further evidence of persistence of hearing under chemo--anesthesia : A detailed case report", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7, 55-59.

Cheek, D.B., LeCron, L.M. (1968), *Clinical Hypnotherapy*, New York : Grune & Stratton.

Chia, M. (1983), *Awaken Healing Energy through the Tao*, Santa Fe, NM : Aurora.

Christensen, C. (2004), „Preferences for descriptors of hypnosis", lucrare prezentată la International Congress of Hypnosis, Singapore, 17-23 octombrie.

Clarke, J. (1996), „Teaching hypnosis in U.S. and Canadian dental schools", lucrare prezentată la reuniunea anuală a American Society of Clinical Hypnosis, 39 (2).

Clarke, J. (1997), *The Role of Hypnosis in Treating Bruxism* (Hypnosis International Monographs, 3 : Hypnosis in Dentistry), München, Germania : Per-Olof Wikstrom.

Clarke, J., Persichetti, S. (1988), „Hypnosis and concurrent denture construction for a patient with a hyper-sensitive gag reflex", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30 (4), 485-488.

Clarke, J., Reynolds, P. (1991), „Suggestive hypnotherapy for nocturnal bruxism : A pilot study", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33 (4), 248-253.

Coe, W. (1992), „Hypnosis : Wherefore art thou ? ", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 4, 219-237.

Cohn, P. (1991), „An exploratory study on peak performance in golf", *Sport Psychologist*, 54, 1-14.

Coleman, J.C, Butcher, J.N., Carson, R.C. (1980), *Abnormal Psychology and Modern Life* (6th ed.), New York : Scott, Foresman.

Colgan, S., Faragher, E., Whorwell, P. (1988), „Controlled trial of hypnotherapy in relapse prevention of duodenal ulceration", *Lancet*, 11, 1299-1300.

Collison, D.R. (1975), „Which asthmatic patients should be treated by hypnotherapy ? ", *Medical Journal of Australia*, 1, 776-781.

Collison, D.R. (1978), „Hypnotherapy in asthmatic patients and the importance of trance depth", în F.H. Frankel, H.S. Zamansky (eds.), *Hypnosis at Its Bicentennial*, New York : Plenum Press.

Conn, J. (1959), „Cultural and clinical aspects of suggestion", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 7, 175-185.

Cooke, C.E., Van Vogt, A.E. (1956), *The Hypnotism Handbook*, Alhambra, CA : Borden (retipărită în American Society of Clinical Hypnosis, *A Syllabus on Hypnosis and a Handbook of Therapeutic Suggestions*, 1983, pp. 44-45).

Cooper, K. (1970), *The New Aerobics*. New York : M. Evans.

Cooper, L., Erickson, M. (1959), *Time Distortion in Hypnosis*, Baltimore : Williams & Wilkins.

Cooper, L., London, P. (1971), „The development of hypnotic susceptibility : A longitudinal (convergence) study", *Child Development*, 42, 487-503.

Copeland, D. (1986), „The application of object relations theory to the hypnotherapy of developmental arrests : The borderline patient", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34, 157-168.

Cornelius, A. (2002a), „Intervention techniques in sport psychology", în J.M. Silva, D.E. Stevens (eds.), *Psychological Foundations of Sport*, Boston : Allyn & Bacon, pp. 197-223.

Cornelius, A. (2002b), „Psychological interventions for the injured athlete", în J.M. Silva, D.E. Stevens (eds.), *Psychological Foundations of Sport*, Boston : Allyn & Bacon, pp. 224-243.

Cotecha, B., Shneerson, J. (2003), „Cheapened options of snoring and sleep apnoea", *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96, 343-344.

Coue, E. (1923), *How to Practice Suggestion and Autosuggestion*, New York : American Library Service.

Cox, J.L., Murray, D., Chapman, G. (1993), „A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal major depressive disorder", *British Journal of Psychiatry*, 163, 27-31.

Cox, R. (2002), *Sport Psychology : Concepts and Applications* (5th ed.), New York, W.C. Brown / McGraw-Hill.

Craft, T. (2003), „The use of direct suggestion in the successful treatment of a case of snoring", *Contemporary Hypnosis*, 20 (2), 98-101.

Crasilneck, H. (1995), „The use of the Crasilneck bombardment technique in problems of intractable organic pain", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37, 255-266.

Crasilneck, H., Fogelman, M. (1957), „The effects of hypnosis on blood coagulation", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 5, 132-137.

Crasilneck, H., Hall, J. (1985), *Clinical Hypnosis : Principals and Applications*, Orlando, FL : Grune and Stratton.

Crawford, H. (1990), „Cognitive and psychophysiological correlates of hypnotic responsiveness and hypnosis", în M.L. Mass, D. Brown (eds.), *Creative Mastery in Hypnosis and Hypnoanalysis : A Festschrift for Erika Fromm*, Hillsdale, NJ : Erlbaum, pp. 47-54.

Crawford, H. (1994), „Brain dynamics and hypnosis : Attentional and disattentional processes", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 204-232.

Crawford, H. (2001), „Neuropsychophysiology of hypnosis : Towards understanding of how hypnotic interventions work", în G.D. Burrows, R.O. Stanley, P.B. Bloom (eds.), *International Handbook of Clinical Hypnosis*, New York : Wiley, pp. 61-84.

Crawford, H., Gur, R., Skolnick, B., Gur, R., Benson, D. (1993), „Effects of hypnosis on regional cerebral blood flow during ischemic pain with and without suggested hypnotic analgesia", *International Journal of Psychophysiology*, 15, 181-195.

Crawford, H., Knebel, T., Kaplan, L., Vendemia, J., Xie, M., Jamison, S., Pribram, K. (1998), „Hypnotic analgesia: 1. Somatosensory event--related potential changes to noxious stimuli and 2. Transfer learning to reduce chronic low back pain", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46, 92-132.

Crawford, H., McClain-Furmanski, D., Castagnoli, N., Castagnoli, K. (2002), „Enhancement of auditory sensory gating and stimulus-bound gamma band (40 Hz) oscillations in heavy tobacco smokers", *Neuroscience Letters*, 317, 151-155.

Csikszentmihalyi, M. (1990), *Flow: The Psychology of Optimal Experience*, New York: Harper and Row.

Dane, J. (1996), „Hypnosis for pain and neuromuscular rehabilitation with multiple sclerosis: Case summary, literature review, and analysis of outcomes", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 208-231.

David, D., Brown, R.J. (2002), „Suggestibility and negative priming: Two replication studies", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50 (30), 215-228.

Davidson, J. (1962), „Assessment of the value of hypnosis in pregnancy and labor", *British Medical Journal*, 2, 951-953.

Davis, L., Husband, R. (1931), „A study of hypnotic susceptibility in relation to personality traits", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 26, 175-182.

Deabler, H., Fidel, D., Dillenkoffer, M. (1973), „The use of relaxation and hypnosis in lowering high blood pressure", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16, 73-83.

Derlega, V.J., Janda, L.H. (1978), *Personal Adjustment: The Psychology of Everyday Life*, Morristown, NJ: General Learning Press.

De Pascalis, V., Magurano, M., Bellusci, A. (1999), „Pain perception, somatosensory event-related potentials and skin conductance responses to painful stimuli in high, mid, and low hypnotizable subjects: Effects of differential pain reduction strategies", *Pain*, 83, 499-508.

De Pascalis, V., Magurano, M., Bellusci, A., Chen, A. (2001), „Somatosensory event-related potential and autonomic activity to varying pain reduction cognitive strategies in hypnosis", *Clinical Neurophysiology*, 112, 1475-1485.

Dick-Read, G. (1968), *Childbirth without Fear*, New York: Heineman.

Dikle, W., Olness, K. (1980), „Self-hypnosis, biofeedback, and voluntary peripheral temperature control in children", *Pediatrics*, 66, 335-340.

Dinges, D., Whitehouse, W., Orne, E., Bloom, P., Karlin, M., Bauer, N., Gillen, K., Shapiro, B., Ohene, F., Dampier, C, Orne, M. (1997),

„Self hypnosis training as an adjunctive treatment in the management of pain associated with sickle cell disease", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 417-432.

Dixon, M., Laurence, J. (1992), „Two hundred years of hypnosis research : Questions resolved ? Questions unanswered ! ", în E. Fromm, M. Nash (eds.), *Contemporary Hypnosis Research*, New York : Guilford, pp. 34-66.

Doberneck, R., Griffen, W., Papermaster, A., Bonello, F., Wangensteen, O. (1959), „Hypnosis as an adjunct to surgical therapy", *Surgery*, 46, 299-304.

Dorcus, R., Goodwin, P. (1955), „The treatment of patients with the dumping syndrome by hypnosis", *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 200-202.

du Maurier, G. (1941), *Trilby*, New York : E.P. Dutton.

Dunbar, F. (1947), *Mind and Body : Psychosomatic Medicine*, New York : Random House.

Eastwood, J., Gaskovski, P., Bowers, K. (1998), „The folly of effort : Ironic effects in the mental control of pain", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 46, 77-91.

Edel, J.W. (1959), „Nosebleed controlled by hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 89-91.

Edwards, S., van der Spuy, H. (1985), „Hypnotherapy as a treatment for enuresis", *Journal of Child Clinical Psychology, Psychiatry and Allied Health Disciplines*, 26, 161-170.

Eichman, W., Umstead, J. (1971), „Profile of mood states", în *Eighth Mental Measurements Yearbook*, Lincoln, Nebraska, Buros Institute of Mental Measurement, pp. 1015-1019.

Elkins, G., Hasanrajab, M. (2004), „Clinical hypnosis for smoking cessation : Preliminary results of a three session intervention", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52 (1), 73-81.

Elliotson, J. (1843), *Numerous Cases of Surgical Operations without Pain in the Mesmeric State*, Philadelphia : Lea & Blanchard.

Ellis, A., Russell, G. (1977), *Handbook of Rational-Emotive Therapy*, New York : Springer.

Emmerson, G. (2003), *Ego State Therapy*, Williston, VT : Crown.

Erickson, M. (1938a), „A study of clinical and experimental findings on hypnotic deafness : I. Clinical experimentation and findings", *Journal of Genetic Psychology*, 19, 127-150.

Erickson, M. (1938b), „A study of clinical and experimental findings on hypnotic deafness : II. Experimental findings with a conditioned response technique", *Journal of Genetic Psychology*, 19, 151-167.

Erickson, M. (1952), „Deep hypnosis and its induction", în L.M. LeCron (ed.), *Experimental Hypnosis*, New York : Macmillan, pp. 70-112.

Erickson, M. (1958), „Naturalistic techniques of hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1, 3-8.

Erickson, M. (1965), „Hypnosis and examination panics", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7 356-357. (Vezi şi *American Journal of Clinical Hypnosis*, 1973, 15, p. 106.)

Erickson, M. (1967), „An introduction to the study and application of hypnosis for pain control", în J. Lassner (ed.), *Hypnosis and Psychosomatic Medicine : Proceedings of the International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, New York : Springer Verlag.

Erickson, M. (1973), „Hypnosis and examination panics", *American Journal of Clinical Hypnosis* 7, 356-357.

Erickson, M.H., Hershman, S., Secter, I.I. (1961), *The Practical Application of Medical and Dental Hypnosis*, New York : Julian Press.

Erickson, M., Rossi, E., Rossi, S. (1976), *Hypnotic Realities : The Induction of Clinical Hypnosis and Forms of Indirect Suggestion*, New York : Irvington.

Esdaile, J. (1957), *Hypnosis in Medicine and Surgery*, New York : Institute for Research in Hypnosis and Julian Press (Original copyright Mesmerism in India, 1850).

Evans, F. (1979), „Hypnosis and sleep : Techniques for exploring cognitive activity during sleep", în E. Fromm, R.E. Shor (eds.), *Hypnosis : Developments in Research and New Perspectives* (2nd ed.), New York : Aldine, pp. 139-183.

Evans, F. (1989), „Hypnosis and chronic pain : Two contrasting case studies", *Clinical Journal of Pain*, 5, 169-176.

Ewin, D.M. (1974), „Condyloma acuminatum : Successful treatment of four cases by hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 73-78.

Ewin, D. (1983), „Emergency room hypnosis for the burned patient", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 26, 5-8.

Ewin, D. (1986a), „The effect of hypnosis and mental set on major surgery and burns", *Psychiatric Annuals*, 16, 115-118.

Ewin, D. (1986b), „Emergency room hypnosis for the burned patient", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 29, 7-21.

Ewin, D. (1990), „Hypnotic technique for recall of sounds heard under general anaesthesia", în B. Benno, W. Fitch, K. Millar (eds.), *Memory and Awareness in Anaesthesia*, Amsterdam : Swets & Zeitlinger.

Ewin, D. (1992), „Rapid eye-roll induction", în D.C. Hammond (ed.), *Hypnotic Induction and Suggestion*, Bloomingdale, IL : American Society of Clinical Hypnosis, p. 49.

Ewin, D. (2003, 12-16 noiembrie), „Using Ideomotor Signals in Hypnoanalysis", lucrare prezentată la al 54-lea program ştiinţific al Society of Experimental and Clinical Hypnosis, Chicago.

Ewin, D. (2004), „Single visit hypnotic cure of stentorian snoring : A brief communication", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 4 (în curs de apariţie).

Faria, J.C. (1819), *De la cause du sommeil lucide : ou étude de la nature de l'homme*, Paris : Mme. Horiac.

Federn, P. (1952), *Ego Psychology and the Psychoses*, New York : Basic Books.

Ferenczi, S. (1926), *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*, Londra : Hogarth.

Feussner, G. (1998), „Diversion, trafficking, and abuse of methylpheidate", National Institutes of Health Concensus Development. Conference on Diagnosis and Treatment of ADHD, Bethesda, Maryland, martie.

Finer, B. (1982), „Treatment in an interdisciplinary pain clinic", în J. Barber, C. Adrian (eds.), *Psychological Approaches to the Management of Pain*, New York : Brunner, pp. 186-204.

Finer, B., Nylen, B. (1961), „Cardiac arrest in the treatment of burns, and report on hypnosis as a substitute for anesthesia", *Plastic Reconstructive Surgery*, 27, 49-55.

Finkelstein, S. (2003), „Rapid hypnotic inductions and therapeutic suggestions in the dental setting", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (1), 77-85.

Frankl, F. (1976), *Hypnosis : Trance as a Coping Mechanism*, New York : Plenum.

Frankl, F., Orne, M. (1976), „Hypnotizability and phobic behavior", *Archives of General Psychiatry*, 33, 1259-1261.

Frankl, V. (1963), *Man's Search for Meaning*, New York : Simon & Schuster.

Franklin, B., de Bory, G., Lavoisier, A., Bailly, J., Majault, Sallin, D'Arcet, J., Guillotin, J., Leroy, J. (1784), *Rapport des Commissaires Charges par le Roy de l'Examen du Magnetisme Animal*, Paris : Bibliothèque Royale.

Fredericks, L. (2001), *The Use of Hypnosis in Anesthesiology*, Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Freeman, R., Barabasz, A., Barabasz, M., Warner, D. (2000), „Hypnosis and distraction differ in their effects on cold pressor pain", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43 (2), 137-148.

French, T., Alexander, F. (1941), *Psychogenic Factors in Bronchial Asthma*, Psychosomatic Medicine [Monograph 4], Washington, DC : National Research Council.

Freud, A. (1946), *The Ego and Mechanisms of Defense*, New York : International Universities Press.

Freud, S. (1910), „Five lectures on psychoanalysis", în *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Londra : Hogarth, vol. 11, pp. 9-55.

Freud, S. (1922), *The Infantile Genital Organization of the Libido : A Supplement to the Theory of Sexuality* ; *Collected Papers*, Londra : Hogarth, vol. II, pp. 244-248.

Freud, S. (1935), *A General Introduction to Psychoanalysis*, New York : Liveright.

Freud, S. (1938), *A General Introduction to Psychoanalysis*, New York: Pocket.

Freud, S. (1953), *A General Introduction to Psychoanalysis*, New York: Liverright.

Freud, S. (1900-1953), *Collected Papers*, vol. I-V, Londra: Hogarth and Institute of Psychoanalysis.

Frischholz, E., Tryon, W., Vellios, A., Fisher, S., Maruffi, B., Spiegel, H. (1980), „The relationship between the Hypnotic Induction Profile and the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale, Form C: A replication", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, 185-196.

Fromm, E. (1965), „Awareness versus consciousness", *Psychological Reports*, 16, 711-712.

Fromm, E. (1972), „Activity and passivity of the ego in hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 238-251.

Fromm, E. (1976), „Altered states of consciousness and ego psychology", *Social Service Review*, 50, 557-569.

Fromm, E. (1977), „An ego psychological theory of altered states of consciousness", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 372-387.

Fromm, E. (1979), „The nature of hypnosis and other altered states of consciousness: An ego-psychological theory", în E. Fromm, R.E. Shor (eds.), *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives* (2nd ed.), New York: Aldine, pp. 1098-1131.

Fromm, E. (1981), „How to write a clinical paper: A brief communication", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 5-9.

Fromm, E. (1988), „Self-hypnosis and the creative imagination", în I. Shafer (ed.), *The Incarnate Imagination: Essays in Theology, the Arts and Social Sciences in Honor of Andrew Greeley*; *A Festschrift*, Bowling Green, OH: Popular Press, pp. 15-24.

Fromm, E. (1992), „An ego-psychological theory of hypnosis", în E. Fromm, M. Nash (eds.), *Contemporary Hypnosis Research*, New York: Guilford, pp. 131-148.

Fromm, E., Brown, D.P., Hurt, S.W., Oberlander, J.Z., Boxer, A.M., Pfeifer, G. (1981), „The phenomena and characteristics of self-hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 189-246.

Fromm, E., Kahn, S. (1990), *Self-Hypnosis: The Chicago Paradigm*, New York: Guilford.

Fromm, E., Nash, M. (1997), *Psychoanalysis and Hypnoanalysis*, Madison, CT: International Universities.

Fromm, E., Oberlander, M., Gruenewald, D. (1970), „Perceptual and cognitive processes in different states of consciousness: The waking state and hypnosis", *Journal of Projective Techniques and Personality Assessment*, 34, 375-387.

Gaddes, W., Edgell, D. (1994), *Learning Disabilities and Brain Function*, New York: Springer Verlag.

Gainer, M.J. (1992), „Hypnotherapy for reflex sympathetic dystrophy", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 34, 227-232.

Galovski, T.E., Blanchard, E.B. (1998), „The treatment of irritable bowel syndrome with hypno-therapy", *Applied Psychophysiological Biofeedback*, 23, 219-232.

Gardner, G.G. (1976), „Childhood, death, and human dignity : Hypnotherapy for David", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 122-139.

Gardner, G., Olness, K. (1981), *Hypnosis and Hypnotherapy with Children*, New York : Grune and Stratton.

Garver, R. (1977), „The enhancement of human performance with hypnosis through neuromotor facilitation and control of arousal level", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 19 (3), 177-181.

Gatchel, R.J., Epker, J. (1999), „Psychosocial predictors of chronic pain and response to treatment", în R.J. Gatchel, D.C. Turk (eds.), *Psychosocial Factors in Pain : Clinical Perspectives*, New York : Guilford, pp. 412-434.

Gauld, A. (1988), „Reflections on mesmeric analgesia", *British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis*, 5, 177-124.

Gilboa, D., Borenstein, A., Seidman, D., Tsur, H. (1990), „Burn patients' use of autohypnosis : Making a painful experience bearable", *Burns*, 16, 441-444.

Gill, M., Brenman, M. (1959), *Hypnosis and Related States*, New York : International Universities Press.

Giovino, G., Henningfield, J., Tomar, S., Escobedo, L., Slade, J. (1995), „Epidemiology of tobacco use and dependence", *Epidemiological Review*, 17, 48-65.

Gliedman, L., Nash, E., Imber, S., Stone, A. Frank, J. (1958), „Reduction of symptoms by pharmacologically inert substances and by short term psychotherapy", *Archives of Neurology and Psychiatry*, 79, 345-351.

Goldberg, F. (1996), „Psychoanalytic practice and managed care : Comparison of Division 39 and other psychologist survey results", *Psychologist--Psychoanalyst*, 16 (3), 1-5.

Gonsalkorale, W.M., Houghton, L.A., Whorwell, P.J. (2002), „Hypnotherapy in irritable bowel syndrome : A large-scale audit of clinical service with examination of factors influencing responsiveness", *American Journal Gastroenterology*, 97, 954-961.

Gonsalkorale, W., Miller, V., Afzol, A., Whorwell, P. (2003), „Long term benefits of hypnotherapy for irritable bowel syndrome", *GUT*, 52 (11), 1623-1629.

Goodman, A. (2004), *Private-practice notes*, San Diego, CA.

Gordin, R. (1995), „Hypnosis in sport", în K.P. Henschen, W.F. Straub (eds.), *Sport Psychology : An Analysis of Athlete Behavior*, Longmeadow, MA : Movement Publications, pp. 193-201.

Gorton, B.E. (1959), „Physiologic aspects of hypnosis", în J.M. Schneck (ed.), *Hypnosis in Modern Medicine*, Springfield, IL: Charles C. Thomas, pp. 246-280.

Gravitz, M. (2004), „The historical role of hypnosis in the theoretical origins of transference", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52 (2), 91-201.

Gravitz, M., Gravitz, R. (1977), „The collected writing of Milton H. Erickson: The complete bibliography, 1929-1977", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 84-94.

Green, J. (2004), „Presidential address", convenţia anuală a American Psychological Association, Honolulu, 28 iulie – 1 august.

Green, J., Barabasz, A., Barrett, D., Montgomery, G.H. (2005), „Forging ahead: The 2003 APA definition of hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 53 (3), 259-264.

Green, J., Lynn, S. (2000), „Hypnosis and suggestion-based approaches to smoking cessation: An examination of the evidence", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 191-220.

Grinker, R., Spiegel, H. (1945), *War Neuroses*, Philadelphia: Blakiston.

Gruenewald, D. (1965), „Hypnotherapy in a case of nailbiting", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

Gruzelier, J., Allison, J., Conway, A. (1988), „A psychophysiological differentiation between hypnotic behavior and simulation", *International Journal of Psychophysiology*, 6, 331-338.

Guillotin, J., LeRoy, J. (1784), *Rapport des Commissaires Charges par le Roy de l'Examen du Magnetisme Animal*, Paris: Bibliothèque Royale.

Haanen, H.C, Hoenderdos, H.T., van Romunde, L.K., Hop, W.C, Mallee, C., Terwiel, J.P., Hekster, G.B. (1991), „Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of refractory fibromyalgia", *Journal of Rheumatology*, 18, 72-75.

Haley, J. (1967), *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson, M.D.*, New York: Grune and Stratton.

Haley, J. (1973), *Uncommon Therapy, the Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson M.D.*, New York: W.W. Norton.

Hall, H., Minnes, L., Tosi, M., Olness, K. (1992), „Voluntary modulation of neutrophil adhesiveness using a cyberphysiological strategy", *International Journal of Neuroscience*, 63, 287-297.

Hall, W. (1967), „Gastric function during hypnosis and hypnotically induced gastro-intestinal symptoms", *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 263-266.

Hammond, D. (1990), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, New York: W.W. Norton.

Hanin, Y. (1978), „A study of anxiety in sports", în W.F. Straub (ed.), *Sport Psychology: An Analysis of Athlete Behavior*, Ithaca, NY: Movement, pp. 236-249.

Hanin, Y. (1999), *Emotions in Sport*, Champaign, IL: Human Kinetics.

Harding, H. (1967), „Hypnosis in the treatment of migraine", în J. Lassner (ed.), *Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, New York: Springer Verlag, pp. 131-134.

Hargadon, R., Bowers, K.S., Woody, E.Z. (1995), „Does counterpain imagery mediate hypnotic analgesia?", *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 508-516.

Harmon, T., Hynan, M., Tyre, T. (1990), „Improved obstetric outcomes using hypnotic analgesia and skill mastery combined with childbirth education", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (5), 525-530.

Hartland, J. (1966), *Medical and Dental Hypnosis*, Baltimore: Williams & Wilkins.

Hartland, J. (1971), „Further observations of the use of «ego-strengthening» techniques", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 1-8.

Hartmann, H. (1958), *Ego Psychology and the Problem of Adaptation* (trad. D. Rapaport), New York: International Universities Press (lucrare originală publicată în 1939).

Harvey, R., Hinton, R., Gunary, R., Barry, R. (1989), „Individual and group hypnotherapy in the treatment of refractory irritable bowel syndrome", *Lancet*, 1:8635, 424-425.

Hatfield, E.C. (1961), „The validity of the LeCron method of evaluating hypnotic depth", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 9, 215-221.

Hatfield, F. (2000), *Fitness: The Complete Guide*, Santa Barbara, California: International Sports Science Association.

Hebert, R. (ed.) (1998), *Minding the Body: The Science of Hypnosis*, Washington, DC: Center for the Advancement of Health.

Helzer, J., Robins, L., L. McEvoy. (1987), „PTSD in the general population", *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.

Heron, W. (1953), *Clinical Applications of Suggestion and Hypnosis* (2nd ed.), Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Hesse, H. (1951), *Siddartha* (trad. Hilda Rosner), Toronto, Canada; New York: Bantam Books.

Hilgard, E. (1965), *Hypnotic Susceptibility*, New York: Harcourt, Brace, and World.

Hilgard, E. (1969), „Pain as a puzzle for psychology and physiology", *American Psychologist*, 24, 103-113.

Hilgard, E. (1973), „The domain of hypnosis: With some comments on alternate paradigms", *American Psychologist*, 28, 972-982.

Hilgard, E. (1977), *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*, New York: John Wiley.

Hilgard, E. (1979), „A Saga of Hypnosis: Two Decades of the Stanford Laboratory of Hypnosis Research 1957-1979", manuscris nepublicat, Stanford University.

Hilgard, E. (1992), „Dissociation and theories of hypnosis", în E. Fromm, N. Nash (eds.), *Contemporary Hypnosis Research*, New York : Guilford, pp. 69-101.

Hilgard, E., Hilgard, J. (1975), *Hypnosis in the Relief of Pain*, Las Altos, CA : William Kaufman.

Hilgard, E., Hilgard, J. (1983), *Hypnosis in the Relief of Pain* (2nd ed.), Los Altos, CA : William Kaufman.

Hilgard, E., Hilgard, J. (1994), *Hypnosis in the Relief of Pain* (ed. rev.), New York : Brunner/Mazel.

Hilgard, E., Loftus, E. (1979), „Effective interrogation of the eye witness", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 27, 342-357.

Hilgard, E., Morgan, A., MacDonald, H. (1975), „Pain and dissociation in the cold pressor test : A study of hypnotic analgesia with «hidden reports» through automatic key pressing and automatic talking", *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 17-31.

Hilgard, E., Tart, C. (1966), „Responsiveness to suggestions following waking and imagination instructions and following induction of hypnosis", *Journal of Abnormal Psychology*, 71 (3), 196-208.

Hilgard, J. (1974), „Imaginative involvement : Some characteristics of the highly hypnotizable and non-hypnotizable", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 22, 138-156.

Hilgard, J. (1979), „Imaginative and sensory-effective involvements in everyday life and in hypnosis", în E. Fromm, R.E. Shor (eds.), *Hypnosis : Developments in Research and New Perspectives* (2nd ed.), New York : Aldine, pp. 483-517.

Hilgard, J., LeBaron, S. (1984), *Hypnotherapy of Pain in Children with Cancer*, Los Altos, CA : William Kaufman.

Hofbauer, R., Rainville, R., Duncan, G., Bushnell, M. (1998), „Cognitive modulation of pain sensation alters activity in human cerebral cortex", *Abstracts – Society for Neuroscience*, 24.

Holroyd, J. (1980), „Hypnosis treatment for smoking : An evaluative review", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 341-357.

Holroyd, J. (1991), „The uncertain relationship between hypnotizability and smoking treatment outcome", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 39, 93-102.

Holroyd, J. (1996), „Hypnosis treatment of clinical pain : Understanding why hypnosis is useful", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 33-51.

Holroyd, J. (2003), „The science of meditation and the state of hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 46, 109-128.

Holt, R. (1963), *Manual for the Scoring of Primary Process Manifestations in Rorschach Responses* (9th ed.), New York : Research Center for Mental Health, New York University (Mimeograph).

Horan, J. (1950), „Management of neurodermatitis by hypnotic suggestion", *British Journal of Medical Hypnosis*, 2, 43.

Horevitz, R. (1992), „Hypnosis in the treatment of multiple personality disorders", in S. Lynn, J. Rhue, I. Kirsch (eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*, Washington, DC: American Psychological Association, pp. 176-195.

Houghton, L., Heyman, D., Whorwell, P. (1996), „Symtomatology, quality of life and economic features of irritable bowel syndrome: The effect of hypnotherapy", *Alimentary Pharmacological Therapy*, 10, 91-95.

Hull, C. (1933), *Hypnosis and Suggestibility*, New York: Appleton.

Ikali, M., Steinhaus, A. (1961), „Some factors modifying the expression of human strength", *Journal of Applied Psychology*, 16, 157-163.

Ikemi, Y., Nakagawa, S.A. (1962), „A psychosomatic study of contagious dermatitis", *Kyushu Journal of Medical Science*, 13, 335-352.

Iserson, K. (1999), „Hypnosis for pediatric fracture reduction", *Journal of Emergency Medicine*, 17, 53-56.

Jack, M. (1999), „The use of hypnosis for a patient with chronic pain", *Contemporary Hypnosis*, 16, 231-237.

Jacknow, D., Tschann, J., Link, M., Boyce, W. (1994), „Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: A prospective study", *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25, 258-264.

Jacobs, S., Gotthelf, C. (1986), „Effects of hypnosis on physical and athletic performance", in F.A. De Piano, H.C. Salzberg (eds.), *Clinical Applications of Hypnosis*, Norwood, NJ: Ablex, pp. 98-117.

Jacobs, S., Salzberg, H. (1987), „The effects of posthypnotic performance enhancing instructions on cognitive-behavior performance", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 35, 41-50.

Jacobson, A., Hackett, T., Surmon, O., Silverberg, A. (1973), „Raynaud phenomenon: Treatment with hypnotic and operant technique", *Journal of American Medical Association*, 225, 739-740.

Jacobson, E. (1938), *Progressive Relaxation*, Chicago: University of Chicago Press.

James, W. (1890), *Principles of Psychology*, New York: Holt.

James, W. (1935), *The Variety of Religious Experience*, New York: Longman.

Janet, P. (1889), *L'Automatisme psychologique*, Paris: Felix Alcan.

Janet, P. (1925), *Psychological Healing: A historical and Clinical Study* (trad. E. Paul şi C. Paul), New York: Macmillan (lucrare originală publicată în 1919).

Janis, I. (1958), *Psychological Stress*, New York: Wiley.

Jasiukaitis, P., Nouriani, B., Spiegel, D. (1996), „Left hemisphere superiority for event-related potential effects of hypnotic obstruction", *Neuropsychological*, 34, 661-668.

Jencks, B. (1978), „Utilizing the phases of breathing rhythm in hypnosis", in F.H. Frankel, H.S. Zamansky (eds.), *Hypnosis at Its Bicentennial*, New York: Plenum, pp. 169-182.

Jenkins, M., Pritchard, M. (1993), „Hypnosis: Practical applications and theoretical considerations in normal labor", *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 100, 221-228.

Jensen, M. (1996), „Enhancing motivation to change in pain treatment", în R.J. Gatchel, D.C. Turk (eds.), *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*, New York: Guilford, pp. 78-111.

Jensen, M., Barber, J. (2000), „Hypnotic analgesia of spinal cord injury pain", *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 150-168.

Jensen, S., Barabasz, A., Barabasz, M., Warner, D. (2001), „EEG P300 event related markers of hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 44 (2), 127-139.

Johnson, L. (1981), „Current research in self-hypnotic phenomenology: The Chicago paradigm", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 247-258.

Johnson, L., Johnson, D., Olson, M., Newman, J. (1981), „The uses of hypnotherapy with learning-disabled children", *Journal of Clinical Psychology*, 37, 291-299.

Johnson, W. (1961a), „Body movement awareness in the non-hypnotic and hypnotic states", *Research Quarterly*, 32, 263-264.

Johnson, W. (1961b), „Hypnosis and muscular performance", *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 1, 71-79.

Jones, G., Hardy, L. (1990), „Stress in sports: Experiences of some elite performers", in G. Jones, L. Hardy (eds.), *Stress and Performance in Sports*, Chichester, UK: Wiley, pp. 247-277.

Kahn, S., Fromm, E. (1992), „Self-hypnosis, personality and the experiential method", în E. Fromm, M. Nash (eds.), *Contemporary Hypnosis Research*, New York: Guilford, pp. 390-404.

Kahn, S., Fromm, E. (2001), *Changes in the Therapist*, Mahwah, NJ: Erlbaum.

Kasanin, J. (1944), *Language and Thought in Schizophrenia*, Berkeley: University of California Press.

Katchan, F., Belozerski, G. (1940), „Obstetrical analgesia by hypnosis", *Tsent. nauch-issled acouch-guinek, Lenigrad Institute*, 6, 19-89.

Katz, E.R., Kellerman, J., Ellenberg, L. (1987), „Hypnosis in the reduction of acute pain and distress in children with cancer", *Journal of Pediatric Psychology*, 12, 379-394.

Kelsey, D., Barrow, J.D. (1958), „Maintenance of posture by hypnotic suggestion in patient undergoing plastic surgery", *British Medical Journal*, 756-757.

Kendall, G., Hrycaiko, D., Martin, G., Kendall, T. (1990), „The effects of an imagery rehearsal, relaxation, and self-talk package on basketball game performance", *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 157-166.

Khema, A. (1997), *Who is My Self? A Guide to Buddhist Meditation*, Boston: Wisdom Publications. (Bazată pe „Sutta 9: the States of Consciousness Sutta", trad. M. Walshe, 1987, *The Long Discourses of the Buddha*, Boston: Wisdom.)

Kiecolt-Glaser, J., Glaser, R., Williger, D., Stout, J., Messick, G., Sheppard, S., Ricker, D., Romisher, S., Briner, W., Bonnell, G., Donnerberg, R. (1985), „Psychosocial entrancement of immunocompetence in a geriatric population", *Health Psychology*, 4, 25-41.

Kihlstrom, J. (1987), „The cognitive unconscious", *Science*, 237, 1445-1452.

Kihlstrom, J. (1992), „Hypnosis : A sesquicentennial essay", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 50, 301-314.

Kihlstrom, J. (1997), „Convergence in understanding hypnosis? Perhaps, but perhaps not quite so fast", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 324-332.

Kihlstrom, J. (2003), „The fox, the hedgehog and hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (2), 166-189.

Kihlstrom, J., Evans, F. (1979), *Functional Disorders of Memory*, Hillsdale, NJ : Erlbaum.

Killeen, P., Nash, M. (2003), „The four causes of hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (3), 195-231.

Kinnunen, T., Zamansky, H.S., Nordstrom, B.L. (2001), „Is the hypnotized subject complying?", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49 (2), 83-94.

Kirsch, I. (1990), *Changing Expectations : A Key to Effective Psychotherapy*, Pacific Grove, CA : Brooks/Cole.

Kirsch, I. (1993), „Professional opinions about hypnosis : Results of the APA Division 30 survey", *Bulletin of Division 30 Psychological Hypnosis, APA*, 2, 4-5.

Kirsch, I. (1996), „Hypnotic enhancement of cognitive-behavioral weight loss treatments : Another meta-reanalysis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 517-519.

Kirsch, I. (2002), „Yes, there is a placebo effect, but is there a powerful anti-depressant drug effect?", *Prevention & Treatment*, http : //journals.apa.org/prevention/volume 5/pre0050022i.html.

Kirsch, I. (2003), „The Debate Goes On", discurs la reuniunea anuală a American Psychological Association, Toronto, Ontario, 8-12 august.

Kirsch, I., Council, J. (1989), „Response expectancy as a determinant of hypnotic behavior", în N.P. Spanos, J.F. Chaves (eds.), *Hypnosis : A Cognitive-Behavioral Perspective*, Buffalo, NY : Prometheus Books, pp. 360-379.

Kirsch, I., Lynn, S. (1995), „The altered state of hypnosis", *American Psychologist*, 50 (10), 846-858.

Kirsch, I., Lynn, S. (1999, noiembrie), „The socio-cognitive theory of hypnosis", lucrare prezentată la al 50-lea program științific anual al Society for Clinical and Experimental Hypnosis, New Orleans.

Kirsch, I., Montgomery, G., Sapirstein, G. (1995), „Special feature : Hypnosis as an adjunct to cognitive-behavioral psychotherapy ; A meta-analysis", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (2), 214-220.

Klein, K., Spiegel, D. (1989), „Modulation of gastric acid secretion by hypnosis", *Gastroenterology*, 96, 1383-1387.

Kline, M. (1950), „Situational cardiovascular symptomatology and hypnosis”, *British Journal of Medical Hypnotism*, 1, 33-36.

Kline, M. (1953), „Delimited hypnotherapy : The acceptance of resistance in the treatment of a long standing neurodermatitis with a sensory-imagery technique”, *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1 (4), 18-22.

Kline, M. (1954), „Psoriasis and hypnotherapy : A case report”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 318-322.

Kline, M. (1958), *Freud and Hypnosis*, New York : Julian Press.

Kline, M. (1966), „Hypnotic amnesia in psychotherapy”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 14, 112-120.

Kline, M., Guze, H., Haggarty, T. (1954), „An experimental study of the nature of hypnotic deafness”, *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 145-156.

Kluft, R. (1987), „An update on multiple personality disorder”, *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 363-373.

Kluft, R. (2003), „Antaeus and androgogy : Negotiating paradigm exhaustion and pursuing professional growth in clinical practice ; Comment”, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45 (4), 323-331.

Koch, T., Lang, E., Hatsiopoulou, O., Anderson, B., Berbaum, K., Spiegel, D. (2003), „Adverse short-term effects of attention control treatment on hypnotizability : A challenge in designing controlled hypnosis trials”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52 (4), 357-368.

Koe, G., Oldridge, O. (1988), „The effect of hypnotically induced on reading performance”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34 (4), 275-283.

Kogan, M.. Biswas, A., Spiegel, D. (1997), „Effect of medical and psychotherapeutic treatment on the survival of women with metastatic breast carcinoma”, *Cancer*, 80, 225-230.

Kohen, D. (1986), „Applications of relaxation/mental imagery (self-hypnosis) in pediatric emergency”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 34 (4), 283-294.

Kohen, D., Olness, K. (1993), „Hypnotherapy with children”, în J.W. Rhue, S.J. Lynn, I. Kirsch (eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*, Washington, DC : American Psychological Association, pp. 357-381.

Kosslyn, S., Thompson, W., Constantini-Ferrando, M., Alpert, N., Spiegel, D. (2000), „Hypnotic visual illusion alters color processing in the brain”, *American Journal of Psychiatry*, 157, 1279-1284.

Kramer, E., Tucker, G. (1967), „Hypnotically suggested deafness and delayed auditory feed-back”, *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 15, 37-43.

Kripper, S. (1966), „The use of hypnosis with elementary and secondary school children in a summer reading clinic”, *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 261-266.

Krippner, S., Rubin, D. (1973), *Galaxies of Life*, New York : Gordon & Breach.

Kroger, W. (1963), *Clinical and Experimental Hypnosis*, Philadelphia : Lippincott.

Kroger, W. (1977), *Clinical and Experimental Hypnosis* (2nd ed.), Philadelphia : Lippincott.

Kroger, W., Fezler, W. (1976), *Hypnosis and Behavior Modification : Imagery Conditioning*, Philadelphia : Lippincott.

Kroger, W.S., Freed, S.C. (1951), *Psychosomatic Gynecology*, Philadelphia : Saunders.

Kropotov, J., Crawford, H., Polyakov, Y. (1997), „Somatosensory event--related potential changes to painful stimuli during hypnotic analgesia : Anterior cingulated cortex and anterior temporal cortex intracranial recordings", *International Journal of Psychophysiology*, 27 (1), 1-8.

Kubie, L.S., Margolin, D. (1944), „The process of hypnotism and the nature of the hypnotic state", *American Journal of Psychiatry*, 100, 611-622.

Kuttner, L. (1987), *No Fears, No Tears : Children with Cancer Coping with Pain* [film], Canadian Cancer Society, British Columbia/Yukon Division : Vancouver, British Columbia.

Kuttner, L., Bowman, M., Teasdale, M. (1988), „Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer", *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9, 374-381.

LaClave, L., Blix, S. (1989), „Hypnosis in the management of symptoms in a young girl with malignant astrocytoma : A challenge to the therapist", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37 (1), 6-14.

Lait, V.S. (1972), „A case of recurrent compulsive vomiting", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 196-198.

Lamaze, F. (1958), *Painless Childbirth*, Londra : Burke.

Lang, E., Benotsch, E., Fick, L., Lutgendorf, S., Berbaum, M., Berbaum, K., Logan, H., Spiegel, D. (2000), „Adjunctive non-pharmacological analgesia for invasive medical procedures : A randomised trial", *Lancet*, 355, 1486-1490.

Lang, E., Berbaum, K. (1997), „Educating interventional radiology personnel in nonpharmaco-logic analgesia : Effect on patients' pain perception", *Academic Radiology*, 4 (11), 753-757.

Lang, E., Joyce, J., Spiegel, D., Hamilton, D., Lee, K. (1996), „Self-hypnotic relaxation during interventional radiological procedures : Effects on pain perception and intravenous drug use", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 44, 106-119.

Lang, E., Rosen, M. (2002), „Cost analysis of adjunct hypnosis with sedation during outpatient interventional radiologic procedures", *Radiology*, 222 (2), 375-382.

Lavoie, G. (1990), „Clinical hypnosis : A psychodynamic approach", in M.L. Fass, D.P. Brown (eds.), *Creative Mastery in Hypnosis and Hypnoanalysis : A Festschrift for Erika Fromm*, Hillsdale, NJ : Erlbaum, pp. 77-105.

Lea, P., Ware, P., Monroe, R. (1960), „The hypnotic control of intractable pain", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 3, 3-8.

LeCron, L. (1953), „A method of measuring the depth of hypnosis", *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 1, 4-7.

LeCron, L. (1968), *Experimental Hypnosis*, New York : Citadel.

Lembo, T., Naliboff, B., Martin, K., Munakata, J., Parker, R., Gracely, R., Mayer, E. (2000), „Irritable bowel syndrome patients show altered sensitivity to exogenous opioids", *Pain*, 87, 137-147.

Levin, L., Harrison, R. (1976), „Hypnosis and age regression in the service of the ego", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 400-418.

Levinson, B. (1965), „State of awareness during general anesthesia", *British Journal of Anesthesiology*, 37, 544-546.

Levitan, A. (1990), „Setting sun metaphor", în D.C. Hammond (ed.), *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*, New York : W.W. Norton.

Liebeault, A. (1866), *Du Sommeil et des états analogues considérés surtout au point de vue de l'action moral sur le physique*, Paris : Masson.

Liggett, D. (2000a), „Enhancing imagery through hypnosis : A performance aid for athletes", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43 (2), 149-157.

Liggett, D. (2000b), *Sport Hypnosis*, Champaign, IL : Human Kinetics.

Liggett, D., Hamada, S. (1993), „Enhancing the visualization of gymnasts", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35 (3), 190-197.

Liossi, C, Hatira, P. (1999), „Clinical hypnosis versus cognitive behavioral training for pain management with pediatric cancer patients undergoing bone marrow aspirations", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 104-116.

Liossi, C., Hatira, P. (2003), „Clinical hypnosis in the alleviation of procedure--related pain in pediatric oncology patients", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (1), 4-28.

London, P. (1963), *Children's Hypnotic Susceptibility Scale*, Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Low, C. (1999), „Attention deficit hyperactivity disorder : Dissociation and adaptation (a theoretical presentation and case study)", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41 (3), 253-261.

Lubar, J. (1991), „Discourse on the development of EEG diagnostics and biofeedback for attention-deficit/hyperactivity disorders", *Biofeedback and Self-Regulation*, 16, 201-225.

Ludwig, A., Lyle, M., Miller, M. (1964), „Group hypnotherapy techniques with drug addicts", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 12, 53-66.

Lynn, S.J. (2003, noiembrie), „Hypnosis and Buddhism in practice : Acceptance based approaches in psychotherapy", lucrare prezentată la al 54-le program ştiinţific anual al Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Chicago.

Lynn, S.J., Kirsch, I., Barabasz, A., Cardena, E., Patterson, D. (2000), „Hypnosis as an empirically supported clinical intervention: The state of the evidence and a look to the future", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 239-259.

Lynn, S.J., Rhue, J.W., Weekes, J.R. (1990), „Hypnotic involuntariness: A social cognitive analysis", *Psychological Review*, 97, 169-184.

Magaw, A. (1906), „A review of over 14 thousand surgical anaesthesias", *Surgery, Gynecology and Obstetrics*, 3, 795-797.

Malzack, R. (1974, octombrie), „Acupuncture and pain mechanisms", lucrare prezentată la a 26-a reuniune anuală a Society for Clinical and Experimental Hypnosis, Montréal.

Malzack, R. (1993), „Labor pain as a model for acute pain", *Pain*, 53, 117-120.

Malzack, R., Wall, P. (1965), „Pain mechanism: A new theory", *Science*, 150, 971-979.

Mann, C., Lubar, J., Zimmerman, W., Miller, C, Muenchen, R. (1992), „Quantitative analysis of EEG in boys with attention deficit hyperactivity disorder: Controlled study with clinical implications", *Pediatric Neurology*, 8, 30-36.

Marchesi, C. (1949), „The hypnotic treatment of bronchial asthma", *British Journal of Medical Hypnotism*, 1, 14-19.

Marcus, H.W. (1963), „Hypnosis in dentistry", în J.M. Schneck (ed.), *Hypnosis in Modern Medicine* (3rd ed.), Springfield, IL: Charles C. Thomas, pp. 229-279.

Marmer, M. (1959), *Hypnosis in Anesthesiology*, Springfield, IL: Charles C. Thomas.

Maslach, C., Marshall, G., Zimbardo, P. (1972), „Hypnotic control of peripheral skin temperature: A case report", *Psychophysiology*, 9, 600-605.

Mason, A. (1952), „A case of congenital icthyosiform erythroderma of Brocq treated hypnosis", *British Medical Journal*, 2, 422-423.

Mauer, M., Burnett, K., Ouellette, E., Ironson, G., Dandes, H. (1999), „Medical hypnosis and orthopedic hand surgery: Pain perception, postoperative recovery, and therapeutic comfort", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 144-161.

McAleney, P., Barabasz, A., Barabasz, M. (1990), „Effects of floatation restricted environmental stimulation on intercollegiate tennis performance", *Perceptual Motor Skills*, 71, 1023-1028.

McCarney, S. (1989), *Attention Deficit Disorders Evaluation Scale*, Columbia, MO: Hawthorne Educational Services.

McCarthy, P. (2001), „Hypnosis in obstetrics and gynecology", în L.E. Fredericks (ed.), *The Use of Hypnosis in Surgery and Anesthesiology*, Springfield, IL: Charles C. Thomas, pp. 163-211.

McConkey, K., Szeps, A., Barnier, A.J. (2001), „Indexing the experience of sex change in hypnosis and imagination", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 49, 131-140.

McConkey, K., Wende, V., Barnier, A.J. (1999), „Measuring change in the subjective experience of hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 23-39.

McGlashan, T.H., Evans, F.J., Orne, M.T. (1969), „The nature of hypnotic analgesia and placebo response to experimental pain", *Psychosomatic Medicine*, 31, 227-246.

McNair, D., Lorr, M., Droppleman, L. (1971), *Profile of Mood States: Manual*, San Diego, CA: Educational and Industrial Testing Service.

Meares, A. (1961), *A System of Medical Hypnosis*, Philadelphia: Saunders.

Meares, A. (1982-1983), „A form of intensive meditation associated with the regression of cancer", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 114-121.

Meddis, S. (1994, 12 mai), „Nation's drug (scene) again degenerating", *USA Today*, p. 3A.

Meldman, M. (1960), „Personality decomposition after hypnotic symptom suppression", *Journal of American Medical Association*, 173, 359-361.

Mertz, H., Fullerton, S., Naliboff, B., Mayer, E. (1998), „Symptoms and visceral perception in severe functional and organic dyspepsia", *Gut*, 42, 814-822.

Mesmer, F. (1781), *Précis historique des faits relatifs au magnétisme-animal jusques en avril 1781*, Londra: n.p.

Miller, M., Barabasz, A., Barabasz, M. (1991), „Effects of active alert and relaxation hypnotic inductions on cold pressor pain", *American Psychological Association*, 100, 223-226.

Milling, L., Costanino, C. (2000), „Clinical hypnosis with children: First steps toward empirical support", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 113-137.

Milling, L., Kirsch, I., Burgess, C.A. (1999), „Brief modification of suggestibility and hypnotic analgesia: Too good to be true?", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 47, 91-103.

Montgomery, G., DuHamel, K., Redd, W. (2000), „A meta-analysis of hypnotically induced analgesia: How effective is hypnosis?", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 138-153.

Morgan, A., Hilgard, J. (1978-1979), „The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Adults", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 134-147.

Morgan, A., Hilgard, J. (1978-1979), „The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 21, 148-169.

Morgan, W. (1972), „Hypnosis and muscular performance", în W.P. Morgan (ed.), *Ergogenic Aids and Muscular Performance*, New York: Academic Press, pp. 193-233.

Morgan, W. (1980), „Hypnosis and sports medicine", în G.D. Burrows, D.R. Collison, L. Dennerstein (eds.), *Handbook of Hypnosis and Psychosomatic Medicine*, Amsterdam: Elsevier/North Holland Biomedical Press, pp. 359-375.

Morgan, W. (1985), „Psychogenic factors and exercise metabolism", *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 17, 309-316.

Morgan, W. (1993), „Hypnosis and sport psychology", în J. Rhue, S.J. Lynn, I. Kirsch (eds.), *Handbook of Clinical Hypnosis*, Washington, DC : American Psychological Association, pp. 649-670.

Morgan, W. (1996), „Hypnosis in sport and exercise psychology", în J.L. Van Raalte, B.W. Brewer (eds.), *Exploring Sport and Exercise Psychology*, Washington, DC : American Psychological Association, pp. 107-130.

Morgan, W., Brown, D. (1983), „Hypnosis", în W.H. Williams (ed.), *Ergogenic Aids in Sport*, Champaign, IL : Human Kinetics, pp. 223-252.

Moss, A. (1952), „Hypnodontics : Hypnosis in dentistry", Brooklyn, NY : Dental Items of Interest.

Naliboff, B., Munakata, J., Chang, L., Mayer, E. (1998), „Toward a biobehavioral model of visceral hypersensitivity in irritable bowel syndrome", *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (6), 485-492.

Nanamoli, B., Bodhi, B. (trad.) (1995), „Sutta 30 [The shorter discourse on the simile of the Heartwood]", „Sutta 77 [The greater discourse to Sakuludayin]", „Sutta 118 [Mindfulness of breathing]", în *The Middle Length Discourse of the Buddha : A New Translation of the Majjhima Nikaya*, Boston : Wisdom Publications.

Naruse, G. (1965), „The hypnotic treatment of stage fright in champion athletes", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 13, 63-70.

Nash, M. (1992), „Hypnosis, psychopathology, and psychological regression", în E. Fromm, M. Nash (eds.), *Contemporary Hypnosis Research*, New York : Guilford, pp. 149-172.

Nash, M. (2000), „The status of hypnosis as an empirically validated clinical intervention : A preamble to the special issue", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 48 (2), 107-112.

Nash, M. (2001, iulie), „The truth in the hype of hypnosis", *Scientific American*, 47-55.

Nash, M., Miton, A., Baldridge, J. (1988), „Twenty years of scientific hypnosis in dentistry, medicine, and psychology", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 36, 198-205.

National Institutes of Health (1996), „Technology assessment panel on integration of behavioral and relaxation approaches into the treatment of chronic pain and insomnia", *Journal of the American Medical Association*, 276, 313-318.

Nelson, M., Denny, E. (1960), *The Nelson-Denny Reading Test : Vocabulary Comprehension Rate*, Ontario, Canada : Houghton-Mifflin.

Newman, M. (1971), „Hypnotic handling of the chronic bleeder in extraction : A case report", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 126-127.

Newman, M. (1974), „Hypnosis and hemophiliacs", *Journal of American Dental Association*, 88, 273.

Newton, B. (1982-1983), „The use of hypnosis in the treatment of cancer patients", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 104-113.

Nideffer, R. (1981), *The Ethics and Practice of Applied Sport Psychology*, Ithaca, NY: Movement.

Nishith, P., Barabasz, A., Barabasz, M., Warner, D. (1999), „Brief hypnosis substitutes for alprazolam use in college students: Transient experiences and quantitative EEG responses", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 41 (3), 262-268.

Norris, A., Huston, P. (1956), „Raynaud's disease studied by hypnosis", *Diseases of the Nervous System*, 17, 163-165.

Olness, K., Culbert, T., Uden, D. (1989), „Self-regulation of salivary immunoglobulin A by children", *Pediatrics*, 83, 66-71.

Olness, K., Kohen, D. (1996), *Hypnosis and Hypnotherapy with Children* (3rd ed.), New York: Guilford.

Orlick, T. (1980), *In the Pursuit of Excellence*, Ottawa: Coaching Association of Canada.

Orne, M. (1959), „The nature of hypnosis: Artifact and essence", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 58, 277-299.

Orne, M. (1966), „Hypnosis, motivation, and compliance", *American Journal of Psychiatry*, 122, 721-726.

Orne, M. (1974), „Pain suppression by hypnosis and related phenomena", în J.J. Bonica (ed.), *Advances in Neurology*, New York: Raven Press, vol. 4, pp. 563-572.

Orne, M. (1979), „On the simulating subject as a quasi-control group in hypnosis research: What, why, and how", în E. Fromm, R.E. Shor (eds.), *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives* (2nd ed.), New York: Aldine, pp. 519-566.

Orne, M., McConkey, K. (1981), „Toward convergent inquiry into self--hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 313-323.

Oster, M. (1994), „Psychological preparation for labor and delivery using hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37 (1), 12-21.

Oster, M., Sauer, C. (2001), „Hypnosis for childbirth preparation", în L.M. Hornyak, J. Green (eds.), *Healing from Within: Hypnosis in Women's Health Care*, Washington, DC: APA Books.

Page, R., Handley, G. (1993), „The use of hypnosis in cocaine addiction", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36 (2), 120-123.

Palsson, O. (1998, 2004), *Standardized Hypnosis Treatment Protocol for Irritable Bowel Syndrome*, Chapel Hill, North Carolina.

Palsson, O., Tuner, M., Johnson, D. (2002), „Hypnosis treatment for severe irritable bowel syndrome: Investigation of mechanisms and effects on symptoms", *Digestive Disorders Science*, 47, 2605-2614.

Pates, J., Cummings, A., Maynard, I. (2002), „The effects of hypnosis on flow states and three-point shooting performance in basketball players", *Sport Psychologist*, 16, 34-47.

Pates, J., Maynard, I. (2000), „Effects of hypnosis on flow states and golf performance", *Perceptual and Motor Skills*, 92 (3), 1057-1075.

Pates, J., Maynard, I., Westbury, A. (2001), „An investigation into the effects of hypnosis on basketball performance", *Journal of Applied Sport Psychology*, 13, 84-102.

Pates, J., Oliver, R., Maynard, I. (2001), „The effects of hypnosis on flow states and golf-putting performance", *Journal of Applied Sport Psychology*, 13, 341-354.

Patterson, D. (2001), „Is hypnotic pain control effortless or effortful ?", *Hypnos*, 28, 132-134.

Patterson, D., Adcock, R., Bombardier, C. (1997), „Factors predicting hypnotic analgesia in clinical burn pain", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 377-395.

Patterson, D., Jensen, M. (2003), „Hypnosis and clinical pain", *Psychological Bulletin*, 129 (4), 495-521.

Patterson, D., Ptacek, J. (1997), „Baseline pain as a moderator of hypnotic analgesia for burn injury treatment", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 60-67.

Patterson, D., Questad, K., Boltwood, M. (1987), „Hypnotherapy as a treatment for pain in patients with burns : Research and clinical considerations", *Journal of Burn Care and Rehabilitation*, 8, 263-268.

Pearson, R. (1961), „Response to suggestions given under general anesthesia", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 106-114.

Perry, C. (1992), „Theorizing about hypnosis in either/or terms", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 40 (4), 238-252.

Perry, C. (2004), „Can anecdotes add to an understanding of hypnosis ?", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 218-236.

Perry, C., Laurence, J.R. (1980), „Hypnotic depth and hypnotic susceptibility : A replicated finding", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 28, 272-280.

Perry, C., Nadon, R., Button, J. (1992), „The measurement of hypnotic ability", în E. Fromm, M. Nash (eds.), *Contemporary Hypnosis Research*, New York : Guilford, pp. 459-490.

Piccione, C., Hilgard, E., Zimbardo, P. (1989), „On the degree of stability of measured hypnotizability over a 25-year period", *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 289-206.

Pratt, G., Korn, E. (1986), „Using hypnosis to enhance athletic performance", în B. Zilbergeld, M.G. Edelstein, D.L. Araoz (eds.), *Hypnosis : Questions and Answers*, New York : W.W. Norton, pp. 204-231.

Pressman, M. (1979), „Psychological techniques for the advancement of sport potential", în P. Klavora, J. Daniel (eds.), *Coach, Athlete and the Sport Psychologist*, Toronto, Canada : University of Toronto, pp. 133-143.

Prince, M. (1906), *Dissociation of Personality*, New York : Longman--Green.

Prussack, H. (2002, martie), „Patient with Torticollis", prezentare video la conferința anuală a American Society for Clinical Hypnosis, Reno, Nevada.

Pulos, L. (1979), „Athletes and self-hypnosis", în P. Klavora, J.V. Daniel (eds.), *Coach, Athlete and the Sport Psychologist*, Toronto, Canada : University of Toronto, pp. 144-154.

Raginsky, B. (1963), „Temporary cardiac arrest under hypnosis", în M. Kline (ed.), *Clinical Correlations of Experimental Hypnosis*, Springfield, IL : Charles C. Thomas, pp. 434-455.

Rainville, P., Carrier, B., Hofbauer, R., Bushnell, M., Duncan, G. (1999), „Dissociation of sensory and affective dimensions of pain using hypnotic modulation", *Pain*, 82, 159-171.

Rainville, P., Duncan, G., Price, D., Carrier, B., Bushnell, M. (1997), „Pain affect encoded in human anterior cingulate but somatosensory cortex", *Science*, 277, 968-971.

Rainville, P., Hofbauer, R., Paus, T., Duncan, G., Bushnell, M., Price, D. (1999), „Cerebral mechanisms of hypnotic induction and suggestion", *Journal of Cognitive Neuroscience*, 11, 110-125.

Rainville, P., Price, D. (2003), „Hypnosis phenomenology and neurobiology of consciousness", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52 (2), 105-129.

Rank, O. (1952), *The Trauma of Birth*, New York : Brunner.

Rather, N., Barabasz, M., Barabasz, A. (1993, 20-24 august), „Effects of study skills training on the academic self-efficacy and performance of provisional college student", lucrare prezentată la a 101-a reuniune anuală a American Psychological Association, Toronto, Canada.

Rausch, V. (1980), „Cholecystectomy with self-hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 22, 124-129.

Ray, W., De Pascalis, V. (2003), „Temporal aspects of hypnotic processes", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 52 (2), 147-165.

Ray, W., Tucker, D. (2003), „Evolutionary approaches to understanding the hypnotic experience", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (3), 256-281.

Reich, W. (1945), *Character Analysis : Principles and Techniques for Psychoanalysts in Practice and in Training*, 2nd ed., Oxford, UK, Orgone Institute Press.

Resnick, H., Kilpatrick, D., Dansky, B., Saunders, B., Best, C. (1993), „Prevalence of civilian trauma and PTSD in a representative national sample of women", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.

Reyher, J. (1964), „Brain mechanisms, intrapsychic processes and behavior : A theory of hypnosis and psychopathology", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 7, 107-119.

Reynolds, J. (1997), „Post-traumatic stress disorder after childbirth : The phenomenon of traumatic birth", *Canadian Medical Journal*, 156, 831-835.

Rhue, J., Lynn, S. (1989), „Fantasy proneness, absorption, and hypnosis: A re-examination", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 37, 100-106.

Rhue, J., Lynn, S., Bukh, K., Henry, S. (1991), „Fantasy Proneness, Hypnotizability and Creativity", Ohio University, manuscris nepublicat.

Rhue, J., Lynn, S., Kirsch, I. (1993), *Handbook of Clinical Hypnosis*, Washington, DC: American Psychological Association.

Rice, F.G. (1961), „The hypnotic induction of labor: Six cases", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 4, 119-122.

Rodolfa, E., Kraft, W., Reilley, R. (1990), „Etiology and treatment of dental anxiety and phobia", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33 (1), 22-28.

Rosenberg, S. (1982-1983), „Hypnosis in cancer care: Imagery to enhance the control of physiological and psychological «side-effects» of cancer therapy", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 25, 122-127.

Russell, L. (2002), „Hypnotic Intervention for Genital Human Papillomavirus Infections in Female Patients", disertaţie doctorală nepublicată, Washington State University.

Russell, R. (1980), „The effects of hypnosis and mastery imagery on task performance", *Dissertation Abstracts International*, 41, 2368.

Russell, L., Barabasz, A. (2001, 7-11 noiembrie), „Papilloma virus (vaginal warts): Hypnotizability versus expectation", lucrare prezentată la a 52-a reuniune ştiinţifică anuală a Society for Clinical and Experimental Hypnosis, San Antonio, Texas.

Ruzyla-Smith, P., Barabasz, A., Barabasz, M., Warner, D.W. (1995), „Effects of hypnosis on the immune response: B-cells, T-cells, helper and suppressor cells", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38, 71-79.

Ryde, D. (1964), „A personal study of some uses of hypnosis in sports and sports injuries", *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 4, 241-246.

Sacerdote, P. (1972), „Theory and practice of pain control in malignancy and other protracted or recurring painful illnesses", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 20, 1-14.

Sacerdote, P. (1981), „Teaching self-hypnosis to adults", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 29, 282-299.

Sanders S. (1977), „Mutual group hypnosis and smoking", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 20, 131-135.

Sarbin, T. (1950), „Contributions to roll-taking theory: I. Hypnotic behavior", *Psychological Review*, 57, 255-270.

Sarbin, T. (2002, august), „Suggestibility and Hypnosis", lucrare prezentată la a 110-a reuniune anuală a American Psychological Association, Chicago.

Sarbin, T. (2004), „Unresolved Issues in Hypnosis", lucrare prezentată la a 112-a reuniune anuală a American Psychological Association, Honolulu, 28 iulie – 1 august.

Sarbin, T., Coe, W. (1972), *Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication*, New York: Holt, Rinehart and Winston.

Schaper, A.M., Rooney, B.L., Kay, N.R., Silva, P.D. (1994), „Use of the Edinburgh Postnatal Major Depressive Disorder Scale to identify postpartum major depressive disorder in a clinical setting", *Journal of Reproductive Medicine*, 39 (8), 620-624.

Scheibe, K., Gray, F., Keim, J. (1968), „Hypnotically induced deafness and delayed auditory feed-back : A comparison of real and simulating subjects", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 16, 158-164.

Schreiber, E. (1991), „Using hypnosis to improve performance of college basketball players", *Perceptual and Motor Skills*, 72, 536-538.

Schreiber, F. (1974), *Sybil*, New York : Warner.

Schultz-Stubner, S. (1996), „Hypnosis : A side effect-free alternative to medical sedation in regional anesthesia", *Anaesthetist*, 45 (10), 956-969.

Schwarzkopf, N. (împreună cu Petre, P.) (1992), *The Autobiography : It Doesn't Take a Hero*, New York : Bantam.

Scott, M. (1960), *Hypnosis in Skin and Allergic Diseases*, Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Secter, I.I. (1960), „Some notes on controlling the exaggerated gag reflex", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 149-153.

Secter, I.I. (1961), „Tongue thrust and nail biting simultaneously treated during hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 6, 51-53.

Secter, I.I. (1973), „Swallowing difficulties", în *A Syllabus on Hypnosis and a Handbook of Therapeutic Suggestions*, Des Plaines, IL : American Society of Clinical Hypnosis, p. 116.

Shapiro, A., Moris, L. (1978), „Placebo effect in medical and psychological therapies", în A. Bergin, S. Garfield (eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change : An Empirical Analysis*, New York : John Wiley.

Shear, J., Jevning, R. (1999), „Pure consciousness : Scientific exploration of meditation techniques", *Journal of Consciousness Studies, Special Issue : The View from Within : First-Person Approaches to the Study of Consciousness*, 6 (2-3), pp. 189-209. Rezumat preluat de la adresa http : //www.imprint.co.uk/jcs_6_2-3.html.

Sheehan, P. (1977), „Incongruity in trance behavior : A defining property of hypnosis ? ", în W.E. Edmonston, jr. (ed.), *Conceptual and Investigative Approaches to Hypnosis and Hypnotic Phenomena*, vol. 296, New York : New York Academy of Sciences.

Sherman, S. (1971), „Very Deep Hypnosis : An Experiential and Electro-encephalographic Investigation", disertație doctorală nepublicată, Stanford University.

Shephard, B. (2001), *A War of Nerves : Soldiers and Psychiatrists in the Twentieth Century*, Cambridge, MA : Harvard University Press.

Shor, R. (1969), „Hypnosis and the concept of the generalized reality--orientation", în C.E. Tart (ed.), *Altered States of Consciousness : A Book of Readings*, New York : Wiley, pp. 233-250) (lucrare originală publicată în 1959).

Shor, R. (1978), *Inventory of Self-Hypnosis, Form A*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Shor, R. (1979), „A phenomenological method for the measurement of variables important to an understanding of the nature of hypnosis", în E. Fromm, R.E. Shor (eds.), *Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives* (2nd ed.), New York: Aldine, pp. 105-135.

Shor, R., Orne, E. (1962), *The Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Simmel, E. (1944), „War neuroses", în S. Lorand (ed.), *Psychoanalysis Today*, New York: International Universities Press, pp. 227-248.

Simon, E., Lewis, D. (2000), „Medical hypnosis for temporomandibular disorders: Treatment efficacy and medical utilization outcome", *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology and Oral Radiology*, 90 (1), 54-63.

Sinclair-Geben, A., Chalmers, D. (1959), „Treatment of warts by hypnosis", *Lancet*, 2, 480-482.

Smith, G., McKenzie, J., Marmer, D., Steele, R. (1985), „Psychologic modulation of the human immune response to varicella zoster", *Archives of Internal Medicine*, 145, 2110-2112.

Smith, J., Barabasz, A., Barabasz, M. (1996), „A comparison of hypnosis and distraction in severely ill children undergoing painful medical procedures", *Journal of Counseling Psychology*, 43 (2), 187-195.

Smith, P., Barabasz, A., Barabasz, M., Warner, D. (1995), „The effects of hypnosis on the immune response: B cells, T cells, helper and suppressor cells", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38 (2), 71-79.

Smith, S., Balaban, A. (1983), „A multidimensional approach to pain relief: Case report of a patient with systemic lupus erythematosus", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 31, 72-81.

Spanos, N. (1982), „A social psychological approach to hypnotic behavior", în G. Weary, H.L. Mirels (eds.), *Integrations of Clinical and Social Psychology*, New York: Oxford University Press, pp. 231-271.

Spanos, N. (1986), „Hypnotic behavior: A social psychological interpretation of amnesia, analgesia and trance logic", *Behavioral and Brain Sciences*, 9, 449-467.

Spanos, N., Barber, T. (1974), „Toward a convergence in hypnosis research", *American Psychologist*, 29, 500-511.

Spanos, N., Chaves, J. (1989), „The cognitive-behavioral alternative in hypnosis research", în N.P. Spanos, J.F. Chaves (eds.), *Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective*, Buffalo, NY: Prometheus Books, pp. 9-16.

Spanos, N., Coe, W. (1992), „A socio-psychological approach to hypnosis", în E. Fromm, M. Nash (eds.), *Contemporary Hypnosis Research*, New York: Guilford, pp. 102-129.

Spanos, N., Gwynn, M., Dellamalva, C., Bertrand, L. (1988), „Social psychological factors in the genesis of posthypnotic source amnesia", *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 527-546.

Spanos, N., Perlini, A., Robertson, L. (1989), „Hypnosis, suggestion, and placebo in the reduction of experimental pain", *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 285-293.

Spanos, N., Radtke, H., Hodgins, D., Stam, H., Bertrand, L. (1983), „The Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale: Normative data and psychometric properties", *Psychological Reports*, 53, 523-535.

Spanos, N., Salas, J., Menary, E., Brett, P. (1986), „Comparison of overt and subjective responses to the Carleton University Responsiveness to Suggestion Scale and the Stanford Hypnotic Susceptibility Scale under conditions of group administration", *Psychological Reports*, 58, 847-856.

Spiegel, D. (1991a), „Neurophysiological correlates of hypnosis and dissociation", *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience*, 3, 440-445.

Spiegel, D. (1991b), „Uses of hypnosis in managing medical symptoms", *Psychiatric Medicine*, 9 (4), 521-533.

Spiegel, D. (1997), „Imagery and hypnosis in the treatment of cancer patients", *Oncology*, 1179-1195.

Spiegel, D. (2003), „Negative and positive visual hypnotic hallucinations: Attending inside and out", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (2), 130-146.

Spiegel, D., Barabasz, A. (1987), „Psychophysiology of hypnotic hallucinations", în R.G. Kunzendorf, A.A. Sheikh (eds.), *Psychophysiology of Mental Imagery: Theory, Research, and Application*, New York: Baywood, pp. 133-145.

Spiegel, D., Barabasz, A. (1988), „Effects of hypnotic hallucination on P300 evoked potential amplitudes: A reconciling conflicting findings", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31, 11-17.

Spiegel, D., Barabasz, A. (1990), în R.G. Kunzendorf, A.A. Sheikth (eds.), *Psychophysiology of Hypnotic Hallucinations, Psychophysiology of Mental Imagery: Theory, Research, and Application*, Boston: Baywood, pp. 133-146.

Spiegel, D., Bierre, P., Rootenberg, J. (1989), „Hypnotic alteration of somatosensory perception", *American Journal of Psychiatry*, 146, 749-754.

Spiegel, D., Bloom, J. (1983), „Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain", *Psychosomatic Medicine*, 333-339.

Spiegel, D., Bloom, J., Kraemer, H., Gottheil, E. (1989), „Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer", *Lancet*, 2, 888-891.

Spiegel, D., Cutcomb, S., Ren, C., Pribram, K. (1985), „Hypnotic hallucinations alter evoked potentials", *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 249-255.

Spiegel, H. (1970), „A single-treatment method to stop smoking using ancillary self-hypnosis", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*.

Spiegel, H. (1998), „Defining hypnosis: Controlled imagination", în R. Hebert (ed.), *Minding the Body: The Science of Hypnosis*, Washington, DC: Center for Advancement of Health.

Spiegel, H., Bridger, A. (1970), *Manual for Hypnotic Induction Profile : Eye-roll Levitation Method*, New York : Soni Medica.

Spiegel, H., Spiegel, D. (1978-1987), *Trance and Treatment : Clinical Uses of Hypnosis*, New York : Basic Books ; Washington, DC : American Psychiatric Press.

Spiegel, H., Spiegel, D. (2004), *Trance and Treatment : Clinical Uses of Hypnosis* (2nd ed.), Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.

Spinhoven, P. (1988), „Similarities and dissimilarities in hypnotic and nonhypnotic procedures for headache control : A review", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 183-194.

Spinhoven, P., Linssen, A.C, Van Dyck, R., Zitman, F.G. (1992), „Autogenic training and self-hypnosis in the control of tension headache", *General Hospital Psychiatry*, 14, 408-415.

Stanton, H. (1993), „Using hypnotherapy to overcome examination anxiety", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35 (3), 198-204.

Stanton, H. (1994), „Self-hypnosis : One path to reduce test anxiety", *Contemporary Hypnosis*, 11, 14-18.

Sterman, B. (2000), „EEG markers for attention deficit disorder : Pharmacological and neurofeed-back applications", *Child Study Journal*, 30, 1-24.

Stolzenberg, J. (1955), „Clinical applications of hypnosis in producing hypno-anesthesia control of hemorrhage and salivation during surgery : A case report", *Journal Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 24-27.

Strasberg, I. (1960), „Control of gagging by light hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 2, 148-149.

Stunkard, A. (1972), „Foreword", in R.B. Stuart, B. Davis (eds.), *Slim Chance in a Fat World : Behavioral Control of Obesity*, Champagne, IL : Research Press.

Suinn, R. (1980), *Psychology in Sports : Methods and Applications*, Minneapolis, MN : Burgess.

Sutcher, H. (1997), „Hypnosis as adjunctive therapy for multiple sclerosis : A progress report", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 39, 283-290.

Sutcliffe, J. (1961), „«Credulous» and «skeptical» views of hypnotic phenomena : Experiments on aesthesia, hallucination, and delusion", *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 62, 189-200.

Sutcliffe, J. (1965), „«Credulous» and «skeptical» views of hypnotic phenomena : A review of certain evidence and methodology", în R.E. Shor, M.T. Orne (eds.), *The Nature of Hypnosis : Selected Basic Readings*, New York : Holt, pp. 124-152.

Szechtman, H., Woody, E., Bowers, K., Nahmias, C. (1998), „Where the imaginal appears real : A positron emission tomography study of auditory hallucinations", *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 95, 1956-1960.

Tart, C. (1963), „Hypnotic depth and basal skin resistance", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 11, 81-92.

Tart, C. (1969), *Altered States of Consciousness*, New York: Wiley.

Tart, C. (1972), „Measuring the depth of an altered state of consciousness, with particular reference to self report scales of hypnotic depth", în E. Fromm, R. Shor (eds.), *Hypnosis: Research Developments and Perspectives*, Chicago: Aldine, pp. 445-447.

Tasini, M., Hackett, T. (1977), „Hypnosis in the treatment of a child with warts", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 15, 12-14.

Taylor, J., Gerson, A. (1992), „A conceptual model of the effects of imagery administration on cognitive/affective and behavioral change", manuscris nepublicat.

Taylor, J., Horevitz, R., Balague, G. (1993), „The use of hypnosis in applied sport psychology", *Sport Psychologist*, 7, 58-78.

Tellegen, A. (1981), „Practicing the two disciplines for relaxation and enlightenment: Comment on «Role of the feedback signal in electromyograph biofeedback: The relevance of attention» by Quails and Sheehan", *Journal of Experimental Psychology: General*, 110, 217-226.

Tellegen, A., Atkinson, G. (1974), „Openness to absorbing and self-altering experiences («absorption»), a trait related to hypnotic susceptibility", *Journal of Abnormal Psychology*, 33, 142-148.

Troffer, F. (1965), *Hypnotic age regression and cognitive function*, disertaţie doctorală nepublicată, Stanford University.

Trustman, R.B., Dubovsky, S., Titley, R. (1977), „Auditory perception during general anesthesia – Myth or fact?", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 25, 88-105.

Ulett, A., Akpinar, S., Itil, T., Fakuda, T. (1971), „The neurophysiological basis of hypnosis-objective techniques", *Folia Psychiatrica Et Neurilogica Japonica*, 25 (3), 203-211.

Unestahl, L. (1979), „Hypnotic preparation of athletes", în G.D. Burrows, D.R. Collison, L. Dennerstein (eds.), *Hypnosis 1979*, Amsterdam: Elsevier/North Holland Biomedical Press, pp. 47-61.

Unestahl, L. (1981), *New Paths of Sport Learning Excellence* [Monograph], Orebro, Suedia: Orebro University, Department of Sport Psychology.

Unestahl, L. (1983), *Inner Mental Training: A Systematic Self-instructional Program for Self-hypnosis*, Orebro, Suedia: Veje.

Unestahl, L. (1986), „The ideal performance", în L.-E. Unestahl (ed.), *Sport Psychology in Theory and Practice*, Orebro, Suedia: Veje, pp. 21-38.

U.S. Department of Health and Human Services (1990), *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General* (DHHS Publication No. CDC 90-8416), Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Van Pelt, S.J. (1949), „Hypnotherapy in medical practice", *British Journal of Medical Hypnotism*, 1, 8-13.

Venkatesh, S., Raju, T.R., Shivani, Y., Tompkins, G., Meti, B.L. (1997), „A study of structure of phenomenology of consciousness in meditative

and nonmeditative states", *Indian Journal of Physiology and Pharmacology*, 41, 149-153.

Vermetten, E. (2004), *Brain Imagery and Recall of Traumatic Events*, manuscris în pregătire.

Vogt, O. (1896), „Zur Kenntnis des Wesens und der psychologischen Bedeutung des Hypnotismus", *Zeitschrift fur Hypnotismus*, 4, 122-129.

Wagaman, J., Barabasz, A., Barabasz, M. (1991), „Flotation rest and imagery in the improvement of collegiate basketball performance", *Perceptual and Motor Skills*, 72, 119-122.

Wagstaff, G. (1981), *Hypnosis, Compliance and Belief*, New York : St. Martin's.

Wain, H. (1980), „Pain control through the use of hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 23, 41-46.

Wald, A., Kline, M. (1955), „A university program in dental hypnosis", *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 3, 183-187.

Wall, V., Womack, W. (1989), „Hypnotic versus active cognitive strategies for alleviation of procedural distress in pediatric oncology patients", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 31 (3), 181-189.

Wallace, B. (1999), „The Buddhist tradition of samatha : Methods for refining and examining consciousness", *Journal of Consciousness Studies*, 6, 175-187.

Wark, D. (1996), „Teaching college students better learning skills using self-hypnosis", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38 (4), 277-287.

Warner, D., Barabasz, A., Barabasz, M. (2000), „The efficacy of Barabasz' alert hypnosis and neurotherapy on attentiveness, impulsivity, and hyperactivity in children with ADHD", *Child Study Journal*, 30 (1), 43-49.

Watkins, H. (1976), „Hypnosis and smoking : A five-session approach", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 24, 381-390.

Watkins, J. (1949), *Hypnotherapy of War Neuroses*, New York : Ronald.

Watkins, J. (1954), „Trance and transference", *Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 2, 284-290.

Watkins, J. (1963), „Transference aspects of the hypnotic relationship", in M.V. Kline (ed.), *Clinical Correlations of Experimental Hypnosis*, Springfield, IL : Charles C. Thomas, pp. 5-24.

Watkins, J. (1966), „Symposium on posthypnotic amnesia : Discussion", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 14, 139-149.

Watkins, J. (1967), *Hypnosis and Consciousness from the View Point of Existentialism*, Springfield, IL : Charles C. Thomas.

Watkins, J. (1971), „The affect bridge : A hypnoanalytic technique", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.

Watkins, J. (1978), *The Therapeutic Self*, New York : Human Sciences Press.

Watkins, J. (1987), *Hypnotherapeutic Techniques*, New York : Irvington.

Watkins, J. (1992), *Hypnotherapeutic Techniques*, New York : Irvington.

Watkins, J. (1992a), *Hypnoanalytic Techniques : Clinical Hypnosis*, vol. II, New York : Irvington.

Watkins, J. (1992b), „Psychoanalyse, hypnoanalyse, ego-state therapie : Auf der Suche nach einer effektiven Therapy", *Hypnose und Kognition, Bend*, 9, 85-97 (trad. din engleză de Monica Amler).

Watkins, J. (2001), *Adventures in Human Understanding : Stories for Exploring the Self*, Wales, UK : Crown House.

Watkins, J., Johnson, R. (1982), *We, the Divided Self*, New York : Irvington.

Watkins, J., Watkins, H. (1979-1980), „Ego states and hidden observers", *Journal of Altered States of Consciousness*, 5, 3-18.

Watkins, J., Watkins, H. (1981), „Ego state therapy", în R.J. Corsini (ed.), *Handbook of Innovative Psychotherapies*, New York : Wiley, pp. 252-270.

Watkins, J., Watkins, H. (1982), „Ego-state therapy", în L.E. Abt, I.N. Stuart (eds.), *The New Therapies : A Source Book*, New York : Van Nostrand Reinhold, pp. 95-121.

Watkins, J., Watkins, H. (1990), „Dissociation and displacement : Where goes the «ouch» ?", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 33 (1), 1-10.

Watkins, J., Watkins, H. (1997), *Ego States : Theory and Therapy*, New York : W.W. Norton.

Watts, A. (1957), *A Way of Zen*, New York : Pantheon.

Weinberg, R., Gould, D. (1995), *Foundations of Sport and Exercise Psychology*, Champaign, IL : Human Kinetics.

Weinberg, R., Gould, D. (2003), *Foundations of Sport and Exercise Psychology* (3rd ed.), Champaign, IL : Human Kinetics.

Weinberg, R., Seabourne, T., Jackson, A. (1981), „Effects of visuo-motor behavioral rehearsal, relaxation, and imagery on karate performance", *Journal of Sport Psychology*, 3, 228-238.

Weitzenhoffer, A. (1953), *Hypnotism : An Objective Study of Suggestibility*, New York : Wiley.

Weitzenhoffer, A., Hilgard, E. (1959), *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale : Forms A and B*, Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Weitzenhoffer, A., Hilgard, E. (1962), *Stanford Hypnotic Susceptibility Scale : Form C*, Palo Alto, CA : Consulting Psychologists Press.

Whorwell, P., Prior, A., Colgan, S. (1987), „Hypnotherapy in severe irritable bowel syndrome : Further experience", *Gut*, 28, 2 (8414), 423-425.

Whorwell, P., Prior, A., Faragher, E. (1984), „Controlled trial of hypnotherapy in the treatment of severe refractory irritable bowel syndrome", *Lancet*, 1232-1234.

Wilson, G. (1978), *The Secrets of Sexual Fantasy*, Londra : Dent.

Williams, G. (1968), „Hypnosis in perspective", în L.M. LeCron (ed.), *Experimental Hypnosis*, New York : Citadel, pp. 4-21.

Williams, J., Harris, D. (1998), „Relaxation and energizing techniques for regulation of arousal", în J.M. Williams (ed.), *Applied Sport Psychology : Personal Growth to Peak Performance* (3rd ed.), Mountain View, CA : Mayfield.

Williamson, J., McColl, R., Mathews, D., Mitchell, J., Raven, P., Morgan, W. (2002), „Brain activation by central command during actual and imagined handgrip under hypnosis", *Journal of Applied Physiology*, 92, 1317-1324.

Wilson, G. (1978), *The Secrets of Sexual Fantasy*, Londra: Dent.

Wilson, K. (2000), „Performance hypnosis: A key to the zone", preluat în decembrie de la adresa http://AmericasDoctor.com/library_main.cf.

Wolf, M. (1978), „Social validity: The case for subjective measurement or how applied behavioral analysis is finding its heart", *Journal of Applied Behavioral Analysis*, 11, 203-214.

Wolfe, L.S. (1961), „Hypnosis in anesthesiology", în L.M. LeCron (ed.), *Techniques of Hypnotherapy*, New York: Julian Press, pp. 188-212.

Wolfe, L.S., Millet, J.B. (1960), „Control of post-operative pain by suggestion under general anesthesia", *American Journal of Clinical Hypnosis*, 3, 109-112.

Wolpe, J., Lazarus, A. (1966), *Behavior Therapy Techniques*, Oxford, UK: Pergamon.

Woody, E., McConkey, K. (2003), „What we don't know about the brain and hypnosis, but need to: A view from the Buckhorn Inn", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 51 (3), 282-308.

Wookey, E.E. (1938), „Uses and limitations of hypnosis in dental treatment", *British Dental Journal*, 65.

Wright, E. (1966), „Symposium on posthypnotic amnesia: Discussion", *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 14, 135-138.

Yapko, M.D. (1992), *Hypnosis and the Treatment of Depressions: Strategies for Change*, New York: Brunner.

Yapko, M.D. (1997), *Breaking the Patterns of Depression*, New York: Doubleday.

Zachariae, R., Bjerring, P. (1993), „Increase and decrease of delayed cutaneous reactions obtained by hypnotic suggestions during sensitization", *Allergy*, 48 (1), 1-6.

Zamansky, H.S., Scharf, B., Brightbill, R. (1964), „The effect of expectancy for hypnosis on prehypnotic performance", *Journal of Personality*, 32, 236-248.

Zarren, J., Eimer, B. (2001), *Brief Cognitive Hypnosis: Facilitating the Change of Dysfunctional Behavior*, New York: Springer.

Zeig, J.K. (1982), *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*, New York: Brunner/Mazel.

Zeltzer, L., Dolgin, M., LeBaron, S., LeBaron, C. (1991), „A randomized, controlled study of behavioral intervention for chemotherapy distress in children with cancer", *Pediatrics*, 88, 34-42.

Zeltzer, L., Fanurik, D., LeBaron, S. (1989), „The cold pressor paradigm in children: Feasibility of an intervention model: II", *Pain*, 37, 305-313.

Zeltzer, L., LeBaron, S. (1982), „Hypnosis and the nonhypnotic techniques for reduction of pain and anxiety during painful procedures in children and adolescents with cancer", *Journal of Pediatrics*, 101, 1032-1035.

Zeltzer, L., LeBaron, S. (1984), *The Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children-Revised*, manuscris nepublicat.

Zeltzer, L., LeBaron, S., Zeltzer, P. (1984), „The effectiveness of behavioral intervention for reduction of nausea and vomiting in children and adolescents receiving chemotherapy", *Journal of Clinical Oncology*, 2, 683-690.

Zimbardo, P., Marshall, G., Maslachg, V. (1971), „Liberating behavior from time-bound control: Expanding the present through hypnosis", *Journal of Applied Social Psychology*, 1, 305-323.

INDEX

A

B

I

R

S

Ş

T

U

V

W

Z

În colecția **Psihologie clinică și psihoterapie**

au apărut:

José Guimón – *Introducere în terapiile de grup. Teorii, tehnici, programe*

José Guimón, Béatrice Weber-Rouget – *Terapii scurte de grup. Comportamente și ilustrări clinice*

Șerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*

Șerban Ionescu, Marie-Madeleine Jacquet, Claude Lhote – *Mecanismele de apărare. Teorie și aspecte clinice*

Daniel Marcelli, Élise Berthaut – *Depresie și tentative de suicid la adolescență*

Mircea Lăzărescu, Aurel Nireștean – *Tulburările de personalitate*

Gavin Andrews, Mark Creamer, Rocco Crino, Caroline Hunt, Lisa Lampe, Andrew Page – *Psihoterapia tulburărilor anxioase. Ghid practic pentru terapeuți și pacienți*

Linda Wilmshurst – *Psihopatologia copilului. Fundamente*

Ovide Fontaine, Philippe Fontaine (coord.) – *Ghid clinic de terapie comportamentală și cognitivă*

Juliette de Chassey, Sylvie Brignone – *Terapia comportamentală și cognitivă a tulburărilor de ritm și fluență*

Peter J. Hawkins – *Hipnoza și stresul. Ghid pentru clinicieni*

Mircea Lăzărescu, Lucian Ile – *Tulburarea obsesiv-compulsivă. Circumscriere, modele și intervenții*

Bert van Luyn, Salman Akhtar, John W. Livesley (coord.) – *Tulburările severe de personalitate. Probleme curente în practica clinică*

Maja O'Brien, Gaie Houston – *Terapia integrativă. Ghid practic*

Iulia Ciorbea – *Personalitatea psihoterapeutului și procesul terapeutic*

David Westbrook, Helen Kennerley, Joan Kirk – *Introducere în terapia cognitiv-comportamentală*

Doina Cosman – *Psihologie medicală*

Windy Dryden (coord.) – *Manual de terapie individuală*

Bernard Robinson – *Psihologie clinică. De la inițiere la cercetare*

Arreed Barabasz, John G. Watkins – *Tehnici de hipnoterapie*

în pregătire:

Niels P. Rygaard – *Tulburările severe de atașament în copilărie. Ghid de terapie practică*

www.polirom.ro

Redactor: Cezar Petrilă
Coperta: Carmen Parii
Tehnoredactor: Irina Lăcătuşu

Bun de tipar: decembrie 2010. Apărut: 2011
Editura Polirom, B-dul Carol I nr. 4 • P.O. BOX 266
700506, Iaşi, Tel. & Fax: (0232) 21.41.00; (0232) 21.41.11;
(0232) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro
Bucureşti, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, ap. 33,
O.P. 37 • P.O. BOX 1-728, 030174
Tel.: (021) 313.89.78; E-mail: office.bucuresti@polirom.ro



Str. Bucium nr. 34 Iaşi
tel.: 0232/211225
fax: 0232/211252
office@printmulticolor.ro
www.printmulticolor.ro
SERVICII TIPOGRAFICE COMPLETE

Rezultatul unor cercetări remarcabile şi al unei vaste experienţe clinice, volumul oferă informaţii fundamentale pentru utilizarea eficientă a hipnozei în diferite scopuri, de la controlul durerii şi anestezie până la renunţarea la fumat şi obţinerea performanţelor sportive. Numeroasele exemple practice şi instrucţiunile detaliate de utilizare a diferitelor tehnici de inducţie fac din acest manual de hipnoterapie un instrument util atât studenţilor şi profesorilor de la facultăţile de psihologie şi medicină, cât şi practicienilor din domeniu.

„O lucrare excepţională, realizată de doi eminenţi medici--cercetători în domeniu. Cei interesaţi vor găsi o analiză amănunţită a elementelor hipnozei şi numeroase sfaturi pentru a o pune în practică. Sinteză a celor mai recente studii în domeniul hipnozei medicale, volumul îmbogăţeşte cunoştinţele medicilor experimentaţi."

Nicholas A. Covino,
Massachusetts School of Professional Psychology

Istoria hipnozei şi relevanţa ei pentru psihoterapia actuală • Fenomenele hipnotice • Teorii legate de hipnoză • Tehnici de inducţie hipnotică • Diminuarea durerii cu ajutorul hipnozei • Hipnoza în anestezie şi chirurgie • Hipnoza pentru durerile şi trauma naşterii • Meditaţia şi hipnoza pentru sănătate • Hipnoza în medicina dentară • Hipnoza în cazul copiilor • Hipnoza şi performanţa sportivă

Foto copertă: © iStockphoto.com/Flying Tiger Studio

EDITURA POLIROM
ISBN 978-973-46-1869-9



www.polirom.ro